

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR L'EMPYÈME LATENT
DU SINUS MAXILLAIRE

Par le Prof. G. GRADENIGO (de Turin).

Communication faite à la Section de Laryngologie et Rhinologie
du XI^e Congrès International de Médecine de Rome, 1894.

J'ai entrepris cette année une seconde série de recherches anatomo-pathologiques sur les cavités nasales et les sinus accessoires et sur l'organe de l'ouïe, pour continuer la première série dont j'ai déjà publié les résultats ⁽¹⁾. Me réservant d'exposer ultérieurement les résultats complets de mes recherches, je crois opportun, en raison de l'importance qu'offre le sujet au point de vue clinique, de résumer ce qui se rapporte à la pathologie du sinus maxillaire.

Dans la première série d'observations, j'ai rencontré, sur 103 cas, dix-neuf fois l'empyème du sinus maxillaire (18 %), six fois bilatéralement, dix fois à gauche et trois fois à droite. Dans la seconde série, qui comprend 100 nouveaux cas, j'ai observé 26 cas (26 %) de sécrétion muco-purulente du sinus maxillaire; dix fois bilatéralement, huit fois à gauche et huit fois à droite. La proportion n'est pas égale entre les deux sexes; sur 60 hommes, la lésion existait dix-huit fois (30 %), sur 40 femmes, huit fois (20 %). Si j'ajoute aux 26 cas décrits, 3 cas de kystes de la muqueuse du sinus, on aura un total de 29 cas sur 100 de lésions du sinus maxillaire, dont 11 bilatéraux, 9 à droite et 9 à gauche.

(1) Contribution à l'anatomie pathologique des cavités nasales (*Annales des maladies de l'oreille*, 1891).

La plupart des auteurs, avec Zuckerkandl, distinguent dans les sinus maxillaires les collections muqueuses, séro-muqueuses (mucocèles) et purulentes (empyèmes) : sans vouloir nier que, dans certains cas, le caractère de la sécrétion soit franchement muqueux ou purulent, on doit reconnaître que, d'ordinaire, il est difficile d'établir nettement cette distinction. L'aspect anatomo-pathologique le plus commun est en effet le suivant : la cavité du sinus est occupée entièrement par une masse visqueuse, d'une couleur jaune verdâtre, filante, souvent tellement dense et agglomérée qu'on ne peut la diviser, même par la violence d'un fort jet d'eau ; le microscope révèle une proportion variable de cellules épithéliales, des éléments muqueux, des globules de pus altérés, et une grande quantité et variété de micro-organismes, surtout des bacilles. La muqueuse qui revêt la cavité apparaît tuméfiée, jaunâtre, et à sa surface émergent des taches noires ou rougeâtres produites par une fine injection vasculaire, et souvent des ecchymoses plus ou moins étendues. Le gonflement et la coloration de la muqueuse sont produits par l'infiltration d'un liquide citrin. Cette infiltration n'est pas uniformément distribuée, mais, d'après mes recherches, elle est plus apparente ordinairement sur la paroi antéro-inférieure de la cavité, où la muqueuse peut atteindre l'épaisseur de plus d'un centimètre, et simule ainsi de véritables kystes ou poches remplies de liquide. Toutefois une incision fait reconnaître que le liquide n'est pas collecté dans des cavités kystiques tapissées d'épithélium, mais qu'il se trouve au contraire dans les mailles d'un tissu conjonctif et qu'il s'écoule lentement de la surface de la plaie, parfois en quantité assez abondante pour occuper une partie du sinus maxillaire. On ne rencontre pas habituellement d'altérations de la muqueuse nasale, ni de pus, même en correspondance avec l'hiatus ; les parois osseuses de la cavité, et la marge alvéolaire du maxillaire ne présentent pas non plus d'altérations. Dans aucun cas je n'ai observé l'occlusion de l'hiatus.

Les caractères ci-dessus énumérés servent à distinguer les collections de muco-pus, qui, ainsi qu'on l'a vu, se rencontrent fréquemment sur le cadavre, des vrais empyèmes dans les

quels la sécrétion franchement purulente, liquide, grumeleuse, se déverse dans la cavité nasale correspondante, y déterminant des altérations secondaires de diverse nature et dans lesquelles le processus morbide est souvent en rapport avec des lésions alvéolaires ou des altérations de nature spécifique ou tuberculeuse du squelette nasal.

Tout porte à croire que la forme anatomique que j'ai rencontrée ne donne lieu pendant la vie à aucun symptôme fonctionnel ou objectif du côté du nez, et ainsi on en devra faire une catégorie à part qui sera désignée comme mucocèle, l'élément muqueux y dominant, bien que dans la sécrétion on reconnaisse aussi la présence du pus et de micro-organismes. Il faut remarquer que cliniquement cette forme peut échapper au diagnostic ; lorsqu'on n'ouvre pas largement le sinus, même un lavage explorateur ne peut parvenir à désagréger la masse visqueuse de la sécrétion.

L'absence de lésions osseuses, la fréquente bilatéralité de l'affection, rendent très probable, ainsi que l'admet Zuckerkandl, la production de ces collections par la diffusion à la muqueuse du sinus d'un processus inflammatoire de la muqueuse nasale ; cette dernière guérit, tandis que la muqueuse du sinus conserve une inflammation chronique.

Il faut distinguer des collections dont j'ai parlé les vrais *kystes de la muqueuse* que j'ai observés trois fois.

Chigo Cesare, âgé de 46 ans, mort d'une néphrite. Sinus maxillaire gauche vide ; sur sa paroi orbitaire on voit une collection kystique dans la muqueuse du volume d'un noyau de pêche ; à l'ouverture on voit sortir du pus renfermant de petits grains semblables à ceux de l'actinomycose, mais qui au contraire sont constitués par des détritres de substance grasse.

Sinus maxillaire droit : collection kystique analogue à la précédente, de la dimension d'une tache d'hermine, contenant du pus dense, d'un gris jaune, moins les grains signalés à gauche ; pas de lésions osseuses du nez.

Tabaro Anna, âgée de 60 ans, morte d'occlusion intestinale. Examen du nez et des oreilles négatif, sauf pour le sinus maxillaire droit. Sur la paroi inférieure externe, la muqueuse se soulève, comme une grosse vessie jaunâtre de la grosseur d'une

noix. Cette vessie incisée s'affaisse et donne issue à un liquide citrin séreux, mais non à du véritable pus.

D'après les faits exposés, nous pouvons formuler les conclusions suivantes :

I. Les collections muco-purulentes du sinus maxillaire se rencontrent fréquemment ; dans une première série de recherches j'en ai observé 17 % des cas ; dans une seconde série, j'en ai compté 26 %.

II. L'absence de lésions des parois osseuses et la fréquente bilatéralité de l'affection autorisent à faire de ces collections un groupe distinct des vrais empyèmes.

III. Très probablement ces affections ne sont pas d'origine dentaire, mais d'origine nasale.

IV. Les kystes de la muqueuse du sinus maxillaire avec contenu soit séreux, soit purulent, ont été rencontrés dans 2 % des cas.

II

DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE DU LARYNX

Par le Dr. **RICARDO BOTÉY** (de Barcelone).

Communication faite à la Section de Laryngologie et Rhinologie
du XI^e Congrès International de Médecine de Rome, 1894.

Fournier, dans son œuvre magistrale, « La syphilis héréditaire tardive » a tracé de main de maître les caractères, si difficiles quelquefois à bien mettre en évidence, de cette manifestation morbide.

Malgré cela, la syphilis héréditaire tardive du larynx n'a pas été étudiée d'une manière complète ; la question est bien

loin d'être vidée, car il n'existe aujourd'hui qu'un nombre relativement restreint d'observations laryngoscopiques sur cet intéressant sujet.

Nous avons eu, dans notre pratique, la bonne fortune d'en observer trois cas. L'un de ces cas a été publié dans le *Journal of laryngology* (n° d'avril 1892), les deux autres observations sont inédites.

Ces trois observations présentent quelques particularités et surtout quelques analogies et ressemblances dignes d'être notées. Pour mieux faire ressortir ces points de contact, nous allons faire précéder nos deux nouvelles observations, d'un court résumé de notre premier cas déjà publié.

OBSERVATION I. — André C..... 14 ans, apprenti peintre, souffre depuis trois ans et quelques mois de la gorge et du nez. Il est petit pour son âge et ne paraît pas avoir plus de 11 ans. Il vint me consulter le 13 octobre 1891, pour une gêne respiratoire très accentuée. La voix était excessivement rauque et nasale, la respiration courte et anxieuse, et la circulation de l'air par les fosses nasales complètement impossible. Néanmoins la déglutition était facile et non douloureuse. Il existait une forte névralgie sous-orbitaire et une blennorrhée nasale qui gênait beaucoup le malade.

Examen. — La rhinoscopie antérieure, faisait voir une nécrose du septum et du plancher des fosses nasales, avec un séquestre gros comme une noisette derrière la deuxième prémolaire gauche. Destruction d'une grande partie de la voûte palatine avec cicatrices étoilées et déformation considérable du voile et des piliers. La laryngoscopie révéla une cicatrice de l'épiglotte avec destruction partielle de cet organe. L'intérieur du larynx était méconnaissable, plein de végétations condylomateuses, principalement entre les lèvres de la glotte et à l'entrée des ventricules de Morgagni. Les bandes ventriculaires étaient irrégulièrement hypertrophiées comme si elles étaient constituées par du tissu de granulation. Le larynx formait une espèce d'entonnoir au fond duquel on voyait un espace irrégulier au travers duquel l'air passait avec difficulté, sans qu'il fût possible d'apercevoir les cordes vocales, qui avaient disparu sous l'hypertrophie de la muqueuse.

Soupçonnant de suite la syphilis, j'interrogeais le malade et sa

mère qui l'accompagnait. La mère nia toute affection spécifique ; elle avait elle-même allaité son enfant, personne de son entourage n'était affecté de maladies vénériennes, et elle avait toujours joui d'une parfaite santé. J'avais cependant remarqué qu'en l'interrogeant elle était devenue subitement rouge, et qu'elle hésitait dans quelques-unes de ses réponses et se contredisait même. Quelques jours plus tard elle me dit avoir eu deux fausses couches, elle me raconta que son mari fréquentait certaines femmes et qu'elle avait eu des croûtes à la tête et des taches sur la peau, deux ans avant la naissance de son fils. En outre elle avait eu une éruption généralisée qu'elle croyait être une variole abortive, et des douleurs sourdes aux jambes principalement quand elle était couchée.

Je la priais de faire venir son mari. Celui-ci me dit qu'en effet il avait eu la syphilis, que son médecin l'avait traité en secret pour cette affection et qu'il ignorait avoir contagionné sa femme.

J'étais satisfait, la syphilis chez les parents était clairement établie.

Plus tard le médecin de la famille m'informa que cet enfant était né à terme, qu'il n'avait commencé à marcher qu'à seize mois. Il avait été toujours chétif et délicat, mais il n'avait remarqué aucune manifestation morbide durant les premiers mois de sa vie. Pas de kératite interstitielle, ni de maladies d'oreilles, il avait existé et il existait encore une petite exostose du tibia gauche.

Etant à Reus dans la province de Tarragone il y a trois ans, il eut la diphthérie et, quelques mois plus tard, la voix devint nasale et les liquides ressortaient par le nez. Depuis lors il était devenu complètement aphone, la respiration nasale était difficile, il mouchait du pus, et même une fois des petits fragments d'os.

La respiration devint peu à peu stertoreuse, le cornage était très prononcé. Toutefois il ne fut pas trachéotomisé. Il fut successivement traité par divers médecins comme tuberculeux, scrofuleux, atteint de catarrhe chronique, etc. Je fis déshabiller le malade, mais je ne trouvais qu'une exostose du tibia gauche. Les dents étaient affectées de diverses manières, sans présenter pourtant l'échancrure d'Hutchinson ; érosions punctiformes, atrophie de la couronne des deux quatrièmes molaires supérieures, amorphisme des canines qui avaient l'apparence de deux petites incisives.

J'instituais un traitement anti-syphilitique énergique et au bout de 15 jours le larynx avait une bien meilleure apparence.

La glotte était considérablement élargie ; la dyspnée qui avait mis la vie en danger avait disparu et on pouvait même voir une petite portion de la corde vocale gauche. Le malade prenait 3 grammes d'iode de potassium par jour et on lui faisait deux frictions avec 10 grammes de pommade mercurielle.

Il survint une salivation abondante, avec engorgement considérable de la langue, ce qui fit suspendre les frictions. Des badigeonnages du larynx avec une solution de bichlorure à 1/2 pour 100 furent pratiqués tous les deux jours, et le malade prit deux cuillerées à bouche par jour de sirop de Gibert.

La respiration devint tout à fait libre, la voix seulement demeura légèrement rauque et voilée. Les séquestres de la voûte palatine et du septum purent être éliminés. A mon grand étonnement les végétations condylomateuses laryngiennes avaient presque disparu, quand je voulus les extraire au moyen de la pince coupante, et que je crus que je serais obligé d'user des tubes de Schrötter pour combattre la sténose du larynx par rétraction du tissu fibreux.

Peu à peu ce qui restait de végétations endo-laryngiennes disparut complètement et l'ulcération de l'épiglotte se cicatrisa tout à fait, malgré tout les bandes ventriculaires persistaient à avoir des contours un peu irréguliers. Enfin au bout de trois mois et demi de traitement énergique la voix et la respiration redevinrent complètement normales.

Dans le travail que je publiais (*Journal of laryngology* vol. VI, n° 4) je reproduisis les différents aspects du larynx avant et pendant le traitement, et après la guérison, afin de démontrer l'énorme pouvoir du traitement spécifique dans la syphilis tertiaire héréditaire des enfants et des adolescents, car le résultat était merveilleux. On sait que le même résultat ne s'obtient pas sur les manifestations végétantes et hyperplasiques de l'adulte, puisque dans ces cas le traitement spécifique a peu d'action locale pour faire disparaître ces productions. Dans ces occasions il est presque toujours nécessaire d'allier le traitement interne au traitement chirurgical endo-laryngé. Tout au plus obtient-on, dans ces cas, une disparition partielle de la lésion locale, et il est absolument nécessaire d'enlever les tissus néoformés qui gênent la phonation ou la respiration, et même après ces interventions la rétraction cicatricielle produit

un rétrécissement de la glotte ou une terrible sténose de la trachée que le mercure est impuissant à guérir, et que l'iode de potassium augmente encore dans quelques cas.

Mauriac affirme très sagement : ⁽¹⁾ « Les néoplasies des laryngopathies tertiaires, quelles que soient leur forme, leur étendue, leur localisation, ne sont presque jamais spontanément résolutive. Elles aboutissent à la destruction des tissus par nécrobiose, ou à leur transformation en tissu fibreux. La sténose laryngée est la conséquence fatale de ces deux processus. Elle varie dans de larges limites ; mais à tous ces degrés elle compromet plus ou moins les fonctions respiratoires, en même temps que celles de la voix. Si elle s'arrête souvent et n'aboutit pas à ces conséquences extrêmes, elle ne régresse presque jamais quoi qu'on fasse pour la faire disparaître. »

Ainsi, imminence de l'œdème du larynx ou *laryngosténose aiguë* ; rétrécissement progressif par cicatrice, ou sclérose des néoplasies laryngées, c'est-à-dire *laryngosténose lente* et définitive : telles sont les deux complications qui rendent souvent si dangereuses les laryngopathies héréditaires, puisqu'elles ont les mêmes caractères que les laryngopathies tertiaires, fait que nous avons eu trois fois l'occasion d'observer.

Mais ce qui est nouveau c'est cette résorption du tissu nouvellement formé qui disparut sans laisser presque de traces en l'espace de quelques semaines.

L'âge du sujet (14 ans) et la possibilité d'une néoformation laryngienne embryonnaire explique un si brillant résultat, obtenu sans intervention opératoire, puisque le malade dix mois plus tard ne présentait pas ni au larynx ni à la trachée le moindre signe de rétraction cicatricielle. En outre, ce cas est remarquable par l'association d'une syphilis grave du pharynx, du voile du palais, de la voûte palatine et des fosses nasales ; car Fournier et Mauriac entre autres affirment que la syphilis héréditaire tardive des premières voies respiratoires n'affecte généralement qu'une partie de ces premières voies, c'est-à-dire se cantonne exclusivement au larynx ou au pharynx et

(1) CHARLES MAURIAU. Syphilose du larynx, de la trachée et des bronches, pag. 6, Paris, 1890.

quelquefois au nez par exception, en laissant libre les autres portions de l'arbre aérien.

OBSERVATION II. — Conchita V..... âgée de 7 ans et demi, souffre de la gorge et du nez depuis environ deux ans.

Elle m'est envoyée le 15 mars 1892 par le docteur Menacho, oculiste de Barcelone qui la traite depuis longtemps pour une dacryocystite suppurée droite.

Exostose tibiale gauche, microdontisme, carie prématurée de 4 ou 5 molaires et des deux incisives supérieures moyennes.

Sa mère, après avoir été pressée de questions, avoue qu'elle a gagné la syphilis de son mari deux ans et demi avant d'avoir accouché de son enfant. Chancre initial, roséole papuleuse, syphilis secondaire du pharynx, douleurs ostéocopes, onyxis à l'index droit, alopecie, plus tard syphilides papulo-hypertrophiques de la face et de la tête et ecthyma ulcéreuse de la cuisse dont la cicatrice se perçoit encore.

L'enfant naquit à terme et bien constituée, ce ne fut que plus tard, à l'âge de deux ans et demi qu'elle devint malade, délicate, elle perdait souvent l'appétit. Les oreilles commencèrent à couler *sans la moindre douleur*, le pus était épais, verdâtre et excessivement odorant. Cette suppuration cessa au bout de 3 ans sans laisser de surdité. Alors apparut une maladie des yeux ; l'enfant y voyait mal, les objets lui paraissaient troubles, comme vus à travers un brouillard. Il y eut à ce qu'il paraît photophobie, épiphora, quelques douleurs péri orbitaires et de l'insomnie. Elle fut traitée par un oculiste, au moyen de la chaleur humide et du collyre à l'atropine. Cette affection guérit au bout de trois mois, mais peu après survint l'affection du sac lacrymal et la maladie du nez et de la gorge qui décida sa mère à venir me consulter.

En effet, les deux cornées présentaient à première vue quelques altérations de transparence. La droite offrait une petite tache absolument opaque de *leucôme* du diamètre d'un grain de millet, près de son pôle supérieur, noyé dans une atmosphère moins blanche, moins opaque qui tenait le milieu entre l'albugo et le néphélion comme transparence.

La cornée gauche était nuageuse dans plus de la moitié de son étendue, mais transparente, d'une couleur gris-perle à contours diffus.

Le nez était presque obstrué par du mucus et le gonflement

de la muqueuse. La partie dorsale élargie, comme légèrement épatée, mais ne présentant pas le moindre effondrement de la charpente ostéo-cartilagineuse. Après un soigneux lavage de sa cavité on voit avec le spéculum une grande perforation du septum cartilagineux, une destruction du cornet inférieur gauche qui est recouvert de fongosités saignantes, baigne dans le pus, et est mobile comme un séquestre. Je le saisis séance tenante avec une pince nasale ; et il cède presque sans résistance. Une fois enlevé, je m'aperçois qu'il s'agit du cornet inférieur presque tout entier, son aspect est grossier, d'une couleur noire et d'une fragilité extrême. La paroi externe de cette fosse nasale est recouverte de fongosités, qui ne l'obstruent pas.

L'autre fosse nasale était aussi remplie de muco-pus épais, les lésions anatomiques moindres ; le cornet inférieur hypertrophié, quelque peu condylomateux. En sondant avec le stylet le plancher de cette fosse nasale, on trouvait, près de l'insertion du voile du palais, une surface dénudée et rugueuse révélant une nécrose de la lame horizontale de l'os palatin droit. La voûte palatine à ce niveau était rouge et boursoufflée.

Après le lavage je trouvais le naso-pharynx à peu près normal, de même que les choanes.

A l'examen, le pharynx buccal altéré et modifié dans son ensemble par du tissu cicatriciel, et des néoformations diffuses et clairsemées de tissu fibro-embryonnaire qui lui donne un aspect spécial, assez différent des palais syphilitiques tertiaires de la syphilis acquise des adultes. Il n'existait pas la moindre trace d'ulcération, mais on devinait aisément qu'il y en avait eu en grand nombre, principalement sur le voile.

Le larynx offrait un aspect analogue, avec moins de cicatrices, et bien plus de tissus de nouvelle formation. L'épiglotte était en partie érodée mais il n'existait pas d'ulcération. Les bandes ventriculaires, principalement la gauche, présentaient un aspect mamelonné, rouge vif, presque fongueux, les cordes vocales gonflées, infiltrées, rouges vineux et comme noueuses, ressemblant à la chondrite tubéreuse de Türk.

J'établis de suite un traitement antisiphilitique énergique et des badigeonnages locaux avec une solution de sublimé à 1 %. Au bout de trois semaines, les lésions pharyngo-laryngiennes étaient considérablement améliorées, la voix bien plus claire, presque normale.

Alors la petite malade disparut de ma consultation et, je ne la revis que six mois plus tard presque guérie malgré qu'elle n'eût

pas suivi toujours scrupuleusement mon traitement. Depuis cette date je l'ai perdue de vue.

OBSERVATION III. — Jayme S. 17 ans, vient me consulter le 15 octobre 1892 pour un enrouement et un enchifrènement, datant de deux ans, et pour lesquels il avait été traité inutilement par plusieurs médecins. En outre, dit-il, depuis deux mois il se fatigue au moindre effort et la nuit il se réveille souvent, car il étouffe et il a des cauchemars horribles.

Comme antécédents personnels, la rougeole à 5 ans, rien de plus. Il a été toujours bien portant à ce qu'il paraît, seulement il tarda un peu à grandir et à marcher et il était pâlot et maigre.

Son père mourut d'une maladie de l'encéphale avec contractures et paralysies, et on disait que cette maladie n'était que la conséquence finale d'une vie de plaisirs et surtout d'abus vénériens. Le malade se rappelle que quand il était encore enfant, son père avait les jambes pleines de croûtes qui recouvraient des ulcères profonds, et qu'on lui faisait des fumigations avec des pastilles que l'on jetait sur un brasier.

Sa mère habite Grenade où elle mène une vie peu exemplaire. Il ne m'est pas possible d'en savoir plus sur son compte. Son fils m'affirme que par où dire il croit que sa mère avorta trois à quatre fois avant de le mettre au monde.

L'existence de la syphilis, chez les parents de ce jeune homme, est très probable, presque sûre.

Le nez du malade offre l'aspect typique du nez en lorgnette de Fournier, que je ne décrirai pas. Son intérieur présente une énorme destruction de la cloison à sa partie antérieure et rien de plus, pas de suppuration, pas de destruction des cornets, seulement l'intérieur des fosses nasales est parsemé çà et là de croûtes épaisses surtout au bord de la perforation.

Le voile du palais présente une perte de substance ovale au milieu, tout près de la base de la luette, d'un centimètre de longueur sur 2 à 3 millimètres de largeur ; malgré cela la voix n'est pas sensiblement nasonnée, et les liquides ne refluent pas par le nez pendant la déglutition, ce qui m'étonne. Cette perte de substance n'est pas congénitale, car elle est entourée de cicatrices étoilées et ses bords ne sont pas lisses. On voit bien qu'il a existé une ulcération ou un abcès qui a détruit cette portion du voile. La luette est fortement déviée sur le bord gauche du voile qui est aussi dévié et d'un blanc rose-nacré, bien plus clair que le reste de la muqueuse, on voit ici de même l'œuvre

du tissu cicatriciel, mais comme dans les fosses nasales il n'existe pas la moindre ulcération, mais seulement un peu de pharyngite chronique.

A l'examen laryngoscopique nous trouvons la muqueuse de l'épiglotte fortement infiltrée d'une couleur rouge vineux, ulcérée profondément sur son bord droit, et sur le repli aryéno-épiglottique du même côté. L'ulcération est si profonde qu'elle menace de détruire presque toute l'épiglotte, ne laissant qu'une petite languette gauche formée par ce bord. L'intérieur du larynx est infiltré considérablement, les bandes ventriculaires sont méconnaissables, fongueuses, ulcérées dans sa partie moyenne, couvertes de pus verdâtre épais. La paroi antérieure du cartilage aryénoïde droit est énormément gonflée et rouge, la corde vocale correspondante immobile dans la position médiane et presque entièrement cachée par ce gonflement et par la bande ventriculaire droite. La corde vocale gauche est rouge mais lisse, seulement un peu gonflée et située dans la position cadavérique. La glotte pendant la respiration laisse seulement un espace d'environ deux millimètres ; toutefois le malade respire avec un cornage très peu accentué s'il ne se fatigue pas. Les cordes vocales se rapprochent pendant la phonation, la droite très faiblement, la gauche de deux millimètres, la voix est alors rauque et sourde, mais distincte.

J'établis de suite un traitement anti-syphilitique énergique, mais au bout de 3 jours on vint me chercher en courant car le malade étouffait ; j'accourus de suite, prêt à une trachéotomie d'urgence ; mon malade, pâle, couvert de sueur, assis sur son lit était depuis quelques heures en proie à une attaque de suffocation produite par une sténose laryngienne épouvantable.

Je procédais de suite à l'ouverture de la trachée, je plaçais la canule et, à mon départ, le malade respirait parfaitement. A l'examen laryngoscopique je vis que la tuméfaction aryénoïdienne droite remplissait presque toute sa lumière, l'espace glottique était presque nul, les deux cordes vocales étaient dans la position médiane, l'air ne pouvait passer que par une petite fente laissée entre elles.

Je traitais le malade énergiquement ; iodure de potassium, de sodium et d'ammonium à l'intérieur, (3 grammes de chaque, ce qui fait 9 grammes d'iodure par jour) avec 2 centigrammes de bi-iodure de mercure par 24 heures. Injections intramusculaires de 2 centigrammes de sublimé toutes les 48 heures, etc.

Je pus retirer la canule au bout de 26 jours, car le malade respirait parfaitement par le larynx huit jours après la trachéotomie. Le gonflement de l'aryténoïde droit disparut presque complètement, c'était un abcès gommeux qui se vida, laissant le cartilage à nu.

Enfin peu à peu, et dans l'espace de trois mois et demi, les principales lésions du larynx disparurent en laissant seulement quelques déformations cicatricielles, l'ulcération destructive de l'épiglotte se ferma complètement, laissant un lambeau de son bord gauche. Malgré cela la déglutition était parfaite, la voix complètement normale et la respiration libre.

Je n'ai pas revu depuis ce malade auquel j'avais recommandé de se présenter tous les mois à la clinique.

J'avais oublié de mentionner que ce malade était sourd depuis deux ans, et était resté aveugle pendant 15 jours d'une kératite interstitielle, qui avait été soignée par le Dr Barraquer il y a 4 ans, et dont on voyait encore les traces sur les deux cornées.

En outre, les déformations dentaires ne manquaient pas. Atrophie cuspidienne de la première grosse molaire droite supérieure. Absence des deux incisives latérales supérieures. Echancrure semi-lunaire typique de l'incisive moyenne droite ; atrophie considérable de toute la couronne de l'incisive moyenne supérieure gauche ; dents jaunâtres irrégulièrement implantées. Les incisives inférieures et toutes les molaires étaient parfaitement conformée .

D'après nos observations et d'après un très petit nombre d'autres cas que j'ai pu dépouiller, ces manifestations tardives des laryngopathies syphilitiques, possèdent une date d'échéance très variable, de 4 ans (Mackenzie) à 28 ans (Schnitzler), mais le plus grand nombre oscille autour de dix à quinze ans, et la moyenne de 31 cas réunis par moi (en y comptant mes trois observations) donne le chiffre de 13 ans environ.

S'il est vrai que la syphilis héréditaire tardive du larynx ne possède rien qui la différencie d'une façon bien caractéristique des accidents de la syphilis acquise ; son apparition semble plus insidieuse, *son évolution plus lente* d'après mes observations.

D'après le professeur Fournier, les lésions héréditaires tar-

dives du larynx affectent les trois formes usuelles des laryngites tertiaires.

1° Forme d'infiltration hyperplasique et diffuse.

2° Forme circonscrite ou gommeuse.

3° Forme scléro-gommeuse.

D'après mes observations, la forme scléro-gommeuse est la plus commune. L'épiglotte est le siège de prédilection des lésions, bien plus que dans la syphilis acquise.

La symptomatologie de ces accidents offre quelques particularités spéciales. En premier lieu, la fréquence des altérations concomitantes de la gorge et des fosses nasales ; car dans presque toutes les observations il y avait eu ou il y avait des ulcérations gommeuses du voile, du pharynx ou des cicatrices, des brides pharyngées, des perforations du septum, des cicatrices ou déformations nasales. Dans les trois observations que je publie, nous trouvons toujours ces lésions nasales et pharyngiennes dans la syphilis héréditaire du larynx.

D'après Cartaz, un caractère de ces lésions est leur rapidité d'évolution. Nous avons observé bien souvent la syphilis acquise tertiaire du larynx, sa marche a toujours été plus rapide. Nous croyons, au contraire, que l'évolution de la syphilis héréditaire tardive du larynx est plus lente que celle de la syphilis acquise de l'adulte. Le fait que bien souvent nous ne nous en apercevons que lorsque les troubles respiratoires sont menaçants, s'explique parce que ces manifestations sont presque toujours indolores, parce qu'elles n'attaquent pas profondément les cordes vocales, et la voix n'est alors que peu altérée ; et surtout parce que presque toujours on passe des mois et des années sans diagnostiquer cette maladie, car on la prend souvent pour de la tuberculose ou de la scrofule.

Mon expérience, sur ce sujet, me porte à croire que les lésions de la syphilis héréditaire tardive du larynx disparaissent plus rapidement et en laissant moins de traces que la syphilis tertiaire acquise de cet organe.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire tardive du larynx se présente presque toujours sous la forme tertiaire.

2° Cette forme consiste en des ulcérations gommeuses, accompagnées d'hyperplasie végétante de tissus.

3° La marche est presque toujours chronique, c'est-à-dire plus lente que la syphilis tertiaire laryngienne acquise, ce qui la fait rassembler et confondre souvent avec la tuberculose de cet organe.

4° Très souvent elle est accompagnée de lésions syphilitiques du pharynx et des fosses nasales, ce qui est excessivement rare dans la syphilis tertiaire acquise du larynx.

III

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SUPPURATIONS DU SINUS MAXILLAIRE

par le Dr **J. GAREL**, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

Communication faite à la Section de Laryngologie et Rhinologie du XI^e Congrès international de Médecine à Rome, 1894.

Si l'on parcourt les nombreux travaux publiés dans ces dernières années sur les suppurations du sinus maxillaire, on est frappé des grandes divergences qui existent entre les différents auteurs : et il est difficile pour le praticien de se débrouiller au milieu d'opinions si diverses et si contradictoires. Les deux points importants à élucider sont : la méthode à suivre pour établir un diagnostic précis et le procédé le plus convenable pour obtenir la guérison. Nous allons nous occuper en premier lieu du diagnostic.

DIAGNOSTIC

En général, dès les premiers renseignements fournis par le malade, il est permis de supposer un empyème du sinus. Le malade se présente à nous, se plaignant d'un coryza qui dure depuis plusieurs mois ou plusieurs années. Ce coryza offre

ceci de particulier, qu'à certains moments de la journée, à des heures fixes pour ainsi dire, il se traduit par un écoulement plus ou moins abondant provenant le plus souvent d'une seule narine ; il paraît aussi augmenter par l'abaissement de la tête. Cet écoulement est purulent et présente une fétidité assez marquée perçue par le malade lui-même. Le matin au réveil, le malade ressent dans l'arrière-gorge une sensation désagréable due au pus qui a passé par le naso-pharynx.

Nous ne nous occuperons pas des autres signes accessoires, des névralgies par exemple, qui viennent compliquer la situation, car pour nous, les simples signes sus-énoncés doivent suffire déjà pour nous orienter dans la véritable voie du diagnostic. Nous convenons cependant que ces signes ne sont pas absolument pathognomoniques de la suppuration du sinus maxillaire et peuvent relever d'une sinusite d'un autre ordre ; mais enfin, nous en avons assez pour supposer une sinusite. Reste à savoir s'il s'agit d'une sinusite maxillaire.

Le premier signe capable de nous renseigner est la présence au niveau du méat moyen d'une goutte purulente. Mais encore cette goutte, lorsqu'elle existe, peut provenir, soit des cellules ethmoïdales, soit du sinus frontal. Parfois aussi le méat moyen est normal et le pus fait complètement défaut. Que faire alors pour reconnaître l'existence du pus dans l'antre d'Higmore. Le meilleur moyen consiste dans l'éclairage électrique par transparence à l'aide de l'abaisse-langue électrique introduit dans la bouche, d'après la méthode de Heryng. On a beaucoup discuté sur la valeur de cette méthode. Avec de nombreux auteurs nous reconnaissons à cet éclairage une valeur exceptionnelle et nous osons affirmer hautement qu'il est le signe principal pour asseoir définitivement le diagnostic.

Si quelques praticiens ont déclaré nulle cette méthode, c'est qu'ils l'ont appliquée d'une façon vicieuse. Tout d'abord, il ne faut pas croire que dans tous les cas on obtiendra du côté malade une opacité complète de la joue. Il y a dans les tissus des divers sujets des différences d'épaisseur, il y a également des différences de densité dans la collection purulente ; mais ce que l'on obtiendra toujours, c'est une différence nette de transparence entre les deux côtés. Il est un autre point essentiel, à

notre avis, c'est qu'il ne faut pas croire que l'opacité occupera toujours la joue tout entière. Souvent, les deux joues paraîtront presque également éclairées. La véritable opacité caractéristique n'existe que vers le rebord orbitaire. La présence du pus s'annonce donc par l'existence d'un croissant sombre immédiatement sous la paupière inférieure. Nous n'avons jusqu'ici rencontré qu'un seul cas douteux, et encore c'était au début, lorsque nous ne connaissions qu'imparfaitement le manuel opératoire du procédé. L'opacité se relègue pour ainsi dire à la partie supérieure de la joue d'une façon d'autant plus restreinte que la lampe sera portée à une incandescence plus élevée. Aussi, quand il existe quelques doutes dans l'appréciation de l'opacité, on devra, comme l'a bien fait remarquer Lermoyez, abaisser l'intensité lumineuse à l'aide d'un rhéostat, et l'on verra alors l'opacité, primitivement réduite au minimum, s'étendre plus bas du côté de la joue. Une clarté trop vive est donc nuisible pour la production de ce signe important. Une lampe de bas voltage, de 6 à 8 volts, est largement suffisante pour une telle expérience. Davidsohn a bientôt ajouté à ce signe un autre signe objectif qui coexiste avec l'opacité de la joue, et qui en confirme la réalité : c'est l'absence d'éclairage de la pupille du côté malade. Si l'on examine les pupilles du sujet examiné, on perçoit une petite clarté rougeâtre qui éclaire la chambre noire oculaire. Ce signe est difficile à apprécier, car le malade étant placé dans une chambre obscure, le contraste même, fourni par la clarté de la face, ne permet pas de trouver facilement la pupille.

Nous n'avions pas eu connaissance du travail de Davidsohn lorsqu'il nous vint à l'idée, après une expérience sur nous-même, d'interroger les malades sur la perception lumineuse par la face inférieure de l'œil. A cet effet, nous faisons de fréquentes interruptions de lumière et le malade nous répondait très nettement qu'il percevait dans l'œil de petits éclairs. La perception lumineuse était franche du côté sain. Du côté malade, au contraire, dans la majorité des cas, la perception lumineuse subjective était nulle : plus rarement elle était très faible comparativement à l'autre côté. Notons en passant que l'absence de perception lumineuse n'existe plus après un trai-

tement suivi de guérison. Quant à l'opacité, elle disparaît moins vite, le revêtement du sinus conservant probablement encore pendant quelque temps une certaine épaisseur qui fait écran pour les rayons lumineux.

Nous avons pratiqué l'éclairage par transparence avec succès 37 fois dans nos cas d'empyème, 15 fois avant d'avoir songé à rechercher la perception lumineuse, et 22 fois depuis que nous avons étudié systématiquement ce signe. Il est évident que dans les cas d'empyème double, l'opacité sous-palpébrale est double également et la perception lumineuse nulle ou à peu près des deux côtés. Tout dernièrement le Dr Burger, d'Amsterdam, ignorant la petite note que nous avons publiée sur ce sujet au commencement de 1893, a publié également un travail établissant à nouveau l'importance de la recherche de la perception lumineuse subjective pour le diagnostic des suppurations du sinus maxillaire. Nous avons été fort heureux de lire ce travail qui venait corroborer nos conclusions antérieures. Nous estimons donc que le praticien a dans la recherche de ce nouveau signe un moyen excellent de confirmer son diagnostic.

Maintenant que, d'après le récit du malade, d'après l'examen du sinus par transparence, d'après la recherche de la perception lumineuse subjective, nous avons la certitude presque absolue de la présence du pus dans l'antre d'Highmore, que reste-t-il à faire pour transformer notre présomption en certitude complète ? Il nous faut retirer le pus de l'antre.

Lichtwitz, dans ces dernières années, a déclaré que le moyen le plus simple et le plus rapide de constater l'existence du pus est de faire la ponction de l'antre par le méat inférieur à l'aide d'un petit trocart explorateur. Sans vouloir considérer cette ponction comme une intervention chirurgicale, nous la rejetons néanmoins systématiquement comme étant tout à fait inutile dans la majorité des cas. Nous ne comprenons pas comment l'on peut soutenir, que pour retirer du pus d'une cavité munie d'un orifice naturel, il faut d'emblée créer un orifice artificiel. On ne peut même invoquer la nécessité de ponctionner à la partie la plus déclive, puisqu'il s'agit d'une simple ponction exploratrice, et qu'en outre plus loin nous

ferons bon marché de l'opinion de ceux qui réclament l'intervention par la partie la plus déclive au point de vue du traitement. Il existe un orifice naturel, essayons donc de passer d'abord par cet orifice. A quoi bon un traumatisme même minime pour faire la preuve de l'existence de la suppuration.

Nous savons bien que d'aucuns vont prétendre que cet orifice naturel est inabordable, qu'il est caché profondément, que le méat moyen est trop étroit, que le cornet moyen hypertrophié fait un sérieux obstacle, etc., etc. Toutes ces objections tombent devant les faits. Sans doute elles ont leur raison d'être, mais pour des cas exceptionnels seulement. Nous admettons même que ces exceptions peuvent être relativement fréquentes, mais du moment que l'orifice naturel est abordable dans la majorité des cas, c'est la première voie à explorer pour retirer le pus du sinus.

Sur 40 cas d'empyème, dont 4 siégeant des deux côtés, nous avons pu laver le sinus 28 fois par l'orifice naturel. Nous ajouterons même à ce chiffre un cas tout récent en bonne voie de guérison par ce même procédé. Nous ne prétendons pas que ce lavage se fasse toujours avec la plus grande facilité, pas plus que les partisans de la ponction par le méat inférieur n'oseraient dire que cette ponction est toujours facile. Toutefois si l'on veut procéder méthodiquement, le cathétérisme par l'orifice naturel sera beaucoup plus simple que ne le croient quelques auteurs. Nous n'avons été que deux ou trois fois obligé de réduire au galvano-cautère le volume du cornet moyen pour faciliter le passage de la sonde. La sonde dont nous nous servons a été construite d'après les données exactes d'Heryng, et nous reconnaissons qu'avec d'autres sondes fournies par quelques fabricants, le cathétérisme était impossible. On devra, avant d'introduire la sonde, passer la cocaïne dans le méat moyen ; de cette manière l'opération ne sera pas douloureuse et surtout la largeur du méat sera considérablement agrandie par la rétraction de la muqueuse. On pourra explorer le siège de l'orifice à l'aide d'un stylet boutonné de même courbure que la sonde pour se rendre compte si l'orifice est abordable.

La sonde est introduite, le bec tourné en bas, dans la direction du méat moyen, puis dès que l'on a dépassé la tête du

cornet moyen, on tourne l'extrémité coudée de la sonde en dehors, du côté de l'hiatus semilunaire que l'on explore alors avec délicatesse pour ne point léser la muqueuse. A un moment donné, on sent que la sonde s'engage dans une petite cavité et qu'il devient alors impossible de la faire mouvoir d'arrière en avant et vice versa ; le premier cathétérisme seul peut réclamer un peu de temps, mais on se familiarise vite avec la situation de l'orifice sur chaque malade, et dès le second lavage, on introduit la sonde sans éclairage et sans spéculum.

Lorsque la sonde est convenablement placée, on la met en connexion avec une seringue anglaise et l'on injecte dans le sinus une solution boriquée tiède. Si l'on est réellement dans le sinus, le liquide produit en pénétrant un bruit hydro-aérien caractéristique que l'on ne perçoit jamais si la sonde n'est encore simplement que dans la cavité nasale. On a bientôt la confirmation de la bonne position de la sonde par l'issue d'un pus d'une fétidité repoussante qui sort mêlé à la solution boriquée et qui même quelquefois se présente sous la forme d'un magma caséeux. Bientôt le liquide sort limpide et le lavage est terminé. Nous devons faire remarquer d'ailleurs que si la sonde n'a pu pénétrer dans le sinus, le liquide au lieu de s'écouler par la narine malade fera issue par la narine opposée ou s'engagera dans la cavité buccale en produisant de la suffocation.

Le diagnostic étant établi d'une façon définitive, il ne nous reste plus qu'à instituer le traitement.

TRAITEMENT

A quel mode d'intervention arrêter notre choix pour guérir un empyème du sinus ? Ici encore, au risque d'encourir la critique, nous déclarons qu'il n'y a qu'à continuer ce que nous avons fait pour le diagnostic, nous reprendrons le lavage par l'orifice naturel.

On sait que toutes les méthodes de traitement peuvent être ramenées à deux principales, la voie nasale et la voie buccale. La voie nasale elle-même comprend plusieurs procédés : le

lavage par l'orifice naturel ou accessoire, la ponction de la paroi externe dans le méat moyen, enfin la perforation de la paroi externe dans le méat inférieur. Le premier et le dernier de ces procédés sont les seuls usités.

La voie buccale, à son tour, peut être abordée de diverses manières : extraction dentaire suivie de perforation de l'alvéole, perforation interalvéolaire sans extraction, et en dernier lieu, ouverture large par la fosse canine.

D'après ce court énoncé, on voit que les moyens de pénétrer dans le sinus ne font pas défaut, mais il faut faire un choix judicieux du procédé à employer. On doit aller du simple au composé : or, la méthode la plus simple est celle qui consiste à profiter de l'orifice existant sans créer le moindre traumatisme. Tout praticien qui voudra procéder avec méthode arrivera à se convaincre que l'*ostium maxillare* n'est pas si difficile à découvrir, quand on est armé d'une sonde de courbure et de diamètre convenables. Nous l'avons déjà dit, nous avons traité 40 malades affectés d'empyème du sinus maxillaire. Sur 4 malades la lésion était bilatérale, ce qui porte à 44 le total des sinus traités. Nous avons pu aborder le sinus 28 fois par l'orifice naturel, c'est-à-dire dans une proportion de 63 % des cas traités ; nous avons dû 6 fois seulement recourir à une autre méthode, l'empyème résistant à une petite série de lavages.

Il nous a fallu pratiquer alors la ponction par le méat inférieur à l'aide du trocart de Krause, pour permettre au malade de se laver lui-même pendant plusieurs mois. Il nous reste donc 22 malades traités et guéris exclusivement par l'orifice naturel. Dans deux cas, néanmoins, nous ne pouvons affirmer la guérison absolue ayant oublié de mentionner le résultat du traitement sur nos feuilles d'observation. La guérison a toujours été rapide, puisque le traitement, en moyenne, a duré moins de 8 jours, à un seul lavage par jour. Trois fois seulement le traitement a duré 15 jours et une fois 21 jours. Par contre nous avons obtenu 5 guérisons en 3 et 4 jours.

Si nous avons été obligé de renoncer 6 fois à l'orifice naturel, c'est que le lavage ne pouvait, comme dans les autres cas, tarir la sécrétion purulente en 8 ou 10 jours. Or, sur ces 6 cas, 5 n'ont pu guérir malgré des lavages nombreux pratiqués à la

partie déclive de la cavité. Un seul a guéri en 3 ou 4 lavages, mais dans ce cas, l'orifice naturel était très difficile à sonder et nous ne pouvions pénétrer dans le sinus que d'une façon très irrégulière ; aussi avons-nous jugé bon de nous frayer une route plus facile par le méat inférieur.

Tout cela prouve qu'il existe deux espèces d'empyème : ceux qui guérissent rapidement et ceux qui résistent à toutes les tentatives de lavage. Ces derniers sont ceux dans lesquels il existe probablement des bourgeons charnus réclamant un curetage pour obtenir la disparition de la suppuration. D'un autre côté nous pouvons affirmer d'après notre statistique qu'il est absolument inutile de chercher à pénétrer dans le sinus par la partie la plus déclive, puisque les cas qui ont résisté au lavage par l'orifice naturel ont également résisté au lavage par un orifice artificiel pratiqué plus bas par le méat inférieur. C'est une erreur de croire que l'on ne peut laver à fond un sinus par l'orifice naturel. Si l'on a soin de temps en temps pendant le lavage de faire faire des chasses d'eau et d'air mélangés, on arrive parfaitement à nettoyer la cavité, et, vers la fin du lavage, le liquide sort tout à fait limpide. Dès le premier lavage, on retire un liquide purulent très fétide, plus rarement caséeux. A partir du troisième lavage on ne constate plus qu'un magma de muco-pus gélatineux sortant en bloc. Ce bloc diminue de volume à chaque lavage et en peu de jours disparaît complètement. La guérison est alors définitive.

En somme, nous maintenons qu'en présence d'un empyème du sinus il faudra toujours tenter en premier lieu le lavage par l'orifice naturel.

Mais, si à cause d'une configuration spéciale du nez ou d'une position particulière de l'orifice du sinus, on ne peut plus employer la voie naturelle, il faudra recourir à un autre procédé. C'est ici que se pose la question entre l'ouverture alvéolaire et l'ouverture nasale par le méat inférieur. Nombreux sont les partisans de la voie alvéolaire ou interalvéolaire. Pour notre part, nous n'hésitons pas à pratiquer l'ouverture par le méat inférieur, et cela pour les motifs suivants. Le malade n'est pas obligé, en effet, de subir une extraction dentaire et de sacrifier parfois une dent saine ; en outre, l'épais-

seur de la paroi externe du nez est ordinairement bien moins grande que celle de l'alvéole. Enfin, si le cas est rebelle, le malade éprouve moins d'ennui pour se faire des lavages quotidiens en passant par le méat inférieur qu'en se lavant par l'ouverture alvéolaire. Cette dernière l'expose à chaque instant à recevoir du pus dans la cavité buccale, puis il est nécessaire de placer dans l'orifice, pendant les repas principalement, un opercule pour éviter la pénétration de parcelles alimentaires dans la cavité du maxillaire. Il n'est d'ailleurs pas difficile d'apprendre au malade à introduire la sonde par le méat inférieur. Nous avons même pu, dans un cas exceptionnel il est vrai, apprendre à un jeune homme très adroit à faire ses lavages par l'orifice naturel ; l'empyème durait depuis 15 ans et fut guéri en trois mois.

Somme toute, la voie nasale offre de grands avantages sur la voie alvéolaire. Nous ne nous servons de cette dernière que dans les cas seuls où une extraction dentaire s'impose absolument. Dans 14 cas, n'ayant pu sonder l'ostium maxillaire, nous avons dû pratiquer la ponction par le méat inférieur. Nous nous sommes servi du trocart de Krause, mais nous en avons réduit le diamètre de moitié afin de déterminer un traumatisme de moindre importance. Trois fois nous avons fait la ponction au galvano-cautère, d'après la méthode de Moure. Sur nos 14 ponctions primitives du méat inférieur, nous avons obtenu 12 guérisons certaines. Un cas a résisté aux lavages, quant à l'autre il est sorti de l'hôpital avant d'avoir suivi un traitement suffisant. On voit donc que le traitement par le méat inférieur donne de bons résultats également, et qu'il est tout indiqué lorsqu'il existe un obstacle au lavage par l'orifice naturel.

Il est cependant des cas rares où l'orifice naturel est inabordable et où l'épaisseur de la paroi externe au niveau du méat inférieur offre une sérieuse résistance. Nous avons rencontré trois cas de ce genre. L'un de ces cas n'est pas encore en traitement. Les deux autres ont été traités et guéris par la voie alvéolaire. Dans le premier cas, l'opération a été faite par le Dr Martin, dentiste éminent de Lyon, à l'aide du drill. Le second a été opéré par nous-même de la façon la plus simple au moyen du drill actionné par un moteur électrique. La perfo-

ration ainsi faite est rapide et nullement douloureuse. Inutile d'ajouter ici que la pointe du drill doit être dirigée un peu en dedans et en arrière. Mais nous le répétons, comme pour la perforation par le méat inférieur, nous n'avons employé cette méthode qu'en dernier lieu après avoir échoué par les autres procédés ⁽¹⁾.

Quant à l'ouverture par la fosse canine, nous ne l'avons fait pratiquer qu'une seule fois par notre collègue le Dr Gangolphe. Il s'agissait d'un malade dont nous avons lavé le sinus un certain temps sans succès par l'orifice naturel. Les lavages répétés ensuite pendant de longs mois par le malade lui-même en passant par le méat inférieur échouèrent également. Nous n'avons eu recours à l'ouverture large par la fosse canine que pour faire le tamponnement avec les bandelettes de gaze iodoformée suivant la méthode de Chiari. Ce tamponnement ne nous a donné encore aucun résultat ; à partir de ce moment nous avons perdu de vue le malade et nous n'avons par conséquent pas pu recourir au curettage.

En dehors des cas traités, nous avons encore rencontré 10 cas chez lesquels nous avons simplement eu l'occasion de poser le diagnostic, mais qui nous ont échappé après le premier examen.

Nous terminerons par quelques remarques sur l'ensemble de nos malades. La fréquence de l'affection est à peu près égale dans les deux sexes. Les cas les plus nombreux se sont présentés sur des sujets de 30 à 60 ans, nous n'avons rencontré qu'un seul malade au-dessous de 20 ans. Cela se conçoit facilement si l'on admet que l'origine dentaire paraît de beaucoup la plus fréquente. L'origine nasale, d'après notre statistique, est bien plus rare ; d'ailleurs l'étiologie est fort difficile à apprécier. Trois fois seulement l'empyème était associé à des polypes du nez et cinq fois à l'hypertrophie polypoïde du cornet moyen. Notons aussi que dans quelques cas exceptionnels l'ozène faisait défaut. Dans quatre cas avec grande fétidité la

(1) Dernièrement nous avons pratiqué une troisième fois la ponction avec le drill chez un malade dont l'empyème avait résisté au lavage par l'orifice naturel.

suppuration était caséuse. Quatre fois seulement il existait une fistule purulente au niveau d'une racine dentaire.

Le début de l'affection chez nos différents malades remontait ordinairement à plus d'un an et souvent à plusieurs années. Nous avons même rencontré des empyèmes datant de 15 et 17 ans. Nous devons insister en outre sur ce fait que la longue durée de l'affection ne peut servir de base pour le pronostic, puisque des cas récents ont été beaucoup plus rebelles que des cas plus anciens. Néanmoins la guérison d'un empyème du sinus maxillaire est assez fréquente, car sur 44 sinus traités par les lavages, 8 fois seulement nous n'avons pu enregistrer une guérison définitive. Par contre, il nous a été donné d'observer deux cas de guérison spontanée sans traitement.

CONCLUSIONS

Si nous résumons maintenant les données contenues dans cette note, nous adopterons les conclusions suivantes.

I. — L'éclairage électrique par transparence est la meilleure preuve complémentaire lorsqu'on soupçonne l'existence d'un empyème du sinus maxillaire d'après les symptômes ordinaires accusés par le malade.

II. — L'absence de perception lumineuse subjective du côté malade constatée d'après notre méthode tranche définitivement le diagnostic, s'il reste encore quelques doutes dans l'appréciation de l'opacité de la joue.

III. — La preuve de l'existence du pus par la ponction exploratrice par le méat inférieur devient inutile pour confirmer le diagnostic.

IV. — Cette preuve est ordinairement obtenue dans la majorité des cas au moyen du simple lavage par l'orifice naturel du sinus.

V. — Le lavage par l'orifice naturel est en même temps la méthode thérapeutique la plus expéditive et la première à tenter. La guérison s'obtient souvent en moins de 8 jours.

VI. — Dans le choix du procédé, il est inutile de chercher à pénétrer par la partie la plus déclive, puisque, d'après notre statistique, les cas rebelles au lavage par l'orifice naturel le

sont également au lavage par des orifices artificiels pratiqués à la partie la plus déclive.

VII. — Lorsque le cathétérisme par l'orifice naturel sera impossible, on aura recours à un orifice artificiel pour permettre au malade de se laver lui-même au besoin pendant plusieurs mois. Dans ce cas, on fixera son choix sur la ponction par le méat inférieur pour les raisons que nous avons indiquées plus haut.

VIII. — L'ouverture alvéolaire ne doit être considérée que comme la dernière ressource quand on ne peut se servir des autres méthodes. Nous en exceptons les cas peu fréquents dans lesquels une extraction dentaire s'impose avant tout autre intervention.

IX. — Enfin l'ouverture par la fosse canine et le curettage seront exclusivement réservés aux cas rebelles ayant résisté à tous les procédés de lavage.

X. — Quant à la nature du liquide à employer, nous ajouterons que l'acide borique suffit dans tous les cas, et que toutes les autres substances, acide phénique, iodoforme, etc., ne nous ont jamais donné de résultat supérieur.

IV

L'INFUNDIBULUM ET LES ORIFICES DES SINUS

Par le Dr **Paul RAUGÉ**

La cloison naso-orbitaire que forment les masses latérales de l'éthmoïde n'est pas, comme les autres parois des fosses nasales, une lame osseuse homogène et simple; c'est une sorte de muraille épaisse, dont toute la saillie s'avance dans la cavité: creusée, dans sa masse, et comme soufflée de vastes ampoules osseuses (labyrinthe éthmoïdal), vaguement limitée en dedans par le relief inconstant de ces cellules et la projection de lames osseuses enroulées en forme de volutes, cette cloison orbito-nasale n'offre que du côté de l'orbite une surface homo-

gène et une limite définie : elle est formée, sur cette face, par une lamelle mince et continue (lame papyracée, os planum), qui seule, dans toute l'épaisseur de la paroi, possède la signification d'une cloison véritable. D'ailleurs, cette lamelle osseuse, un peu trop courte pour doubler les masses latérales jusqu'en avant, laisse les cellules ethmoïdales à découvert dans toute la partie antérieure de l'orbite, et s'arrête à un centimètre en arrière de l'apophyse montante du maxillaire. Le soin de boucher cette brèche, de coiffer antérieurement les cellules ethmoïdales laissées ouvertes, revient à une lame osseuse indépendante, l'unguis.

Il résulte de ce qui précède que les masses latérales de l'ethmoïde sont contenues, en totalité, à l'intérieur des fosses nasales, dans lesquelles elles proéminent ; que chacune des cavités se trouve conséquemment rétrécie à ce niveau, dans le sens transversal, de toute l'épaisseur de ces saillies ; enfin que les masses latérales, aussi bien la portion alvéolaire (cellules ethmoïdales) que les cornets qui s'y attachent, appartiennent en propre aux fosses nasales, dont le labyrinthe ethmoïdal est un diverticule, un peu plus détourné seulement que les méats.

Le relief intra-nasal du massif latéral de l'ethmoïde se compose de deux parties bien distinctes :

1° Une masse rectangulaire creusée de larges alvéoles dont les uns s'ouvrent à la surface, les autres dans les os voisins, et dont la lame papyracée représente — incomplètement, nous l'avons vu — la face externe ou orbitaire : c'est le labyrinthe proprement dit. Il se réduit en somme à un système assez compliqué de lamelles de tissu compact circonscrivant une série de cavités très irrégulières, cloisonnées, mais communicantes, et dont l'ensemble rappelle vaguement, avec beaucoup moins de symétrie et de méthode, les alvéoles d'un nid de guêpes. Tandis que les cavités les plus centrales sont complètement formées par l'ethmoïde, intrinsèques, si je puis dire, et parfaitement indépendantes, celles de la circonférence demeurent béantes à la surface de l'os, et sont complétées par des alvéoles semblables appartenant aux os voisins. C'est ainsi que les demi-cellules ouvertes sur le bord supérieur sont fermées par les demi-cellules qui bordent l'échancre ethmoïdale du

frontal, celles du bord postérieur par le sphénoïde et le palatin, tandis que le maxillaire par en bas, l'unguis à la partie antérieure, achèvent de leur côté l'occlusion du labyrinthe. Il n'est donc pas un point de leur périphérie, où les masses latérales de l'ethmoïde n'empruntent à quelque os voisin, pour les compléter ou simplement les recouvrir, soit des alvéoles incomplets, soit de simples lamelles planes.

Il faut distinguer avec soin ces ouvertures circonférentielles, artificiellement créées par la désarticulation de l'os, et celles de la face interne, qui sont des orifices naturels persistants. Ces dernières ouvrent le labyrinthe au dehors et s'abouchent dans les méats ; les premières associent en un tout continu les cavités alvéolaires de l'ethmoïde et celles des sinus avoisinants (frontaux, sphénoïdaux, palatins).

Parmi ces cellules unissantes, il en est une très spacieuse, qui, par sa constance de forme et par ses rapports importants, mérite une mention particulière : ouverte, tout à fait en avant, sur la face supérieure des masses latérales, elle a l'aspect d'un entonnoir dont la base, évasée et large, est coiffée par le sinus frontal, tandis que sa pointe amincie descend vers le méat moyen : c'est à ce large vide creusé dans la partie antérieure de l'ethmoïde qu'il faut réserver le nom d'*infundibulum*.

2° De la face interne du labyrinthe, se détachent deux lames osseuses qui s'éloignent, en s'enroulant, jusqu'au voisinage et quelquefois jusqu'au contact de la cloison : ces deux lames sont les cornets. Une autre lamelle, plus mince, moins contournée, mais très analogue aux précédentes, et non moins importante dans la morphologie de la région, se nomme *apophyse unciforme*, à cause de sa disposition en crochet.

Tandis que les masses latérales n'atteignent point, par en bas, l'orifice de l'antra d'Highmore, que surplombe leur bord inférieur, le cornet moyen et l'apophyse unciforme descendent bien au-dessous de ce niveau : le premier dissimule, dans sa concavité, l'accès du sinus maxillaire ; le second en rétrécit l'ouverture, sur laquelle il est directement appliqué, et qu'il croise obliquement dans toute sa longueur.

La ligne d'attache du cornet moyen, sur la face nasale des masses latérales, répond assez exactement à la diagonale

étendue de l'angle antéro-supérieur à l'angle postéro-inférieur de ce massif. Elle divise conséquemment cette face en deux triangles rectangles adossés par leurs hypothénuses. Le triangle postéro-supérieur contient le cornet supérieur ; le triangle antéro-inférieur répond à la partie du méat moyen désignée sous le nom de *gouttière de l'infundibulum* et au point d'attache de l'apophyse unciforme.

La ligne d'insertion du cornet supérieur, parallèle à celle du cornet moyen, au-dessus et en arrière de laquelle elle est située, est beaucoup moins étendue qu'elle, et n'atteint que 2 centimètres. Elle ne dépasse pas d'ailleurs les limites de l'ethmoïde, contrairement à celle du cornet moyen, qui se prolonge, en avant, sur la branche montante du maxillaire (crista ethmoïdalis) et, en arrière, sur la face interne du palatin.

Au-dessous du cornet moyen, entre sa surface concave et la paroi externe de la fosse nasale, s'étend obliquement une gouttière osseuse beaucoup plus longue que celle du méat supérieur, beaucoup plus importante aussi, à cause des orifices qu'on y rencontre : c'est la cavité du méat moyen, dans laquelle viennent s'ouvrir les cellules ethmoïdales antérieures, l'orifice du sinus frontal et celui du sinus maxillaire. Rien de plus important, mais rien de plus compliqué que cette zone circonscrite, où semblent s'être accumulées, avec les détails anatomiques, toutes les difficultés descriptives de la région.

L'extrémité antéro-supérieure du méat moyen aboutit à une sorte de couloir osseux, limité en dedans par le cornet lui-même, en dehors par la paroi du labyrinthe, en avant par l'insertion de l'apophyse unciforme, et qui remonte obliquement dans cette large cellule ethmoïdale que nous connaissons sous le nom d'*infundibulum*.

Comme celle du méat inférieur, la paroi externe du méat moyen est constituée par la saillie du cornet. Mais l'auvent incliné fermé par cette lame présente ici une tout autre apparence que celle du cornet inférieur ; au lieu d'un repli falciforme adhérent par son bord supérieur et par ses deux extrémités, il a la forme d'un lambeau triangulaire, dont le bord inférieur décollé pend le long de la paroi externe sans lui adhérer en aucun point. Il résulte de cette disposition du cornet, qu'il

permet l'accès du méat, non-seulement par la fente horizontale qui répond à son bord inférieur, mais encore par l'interstice vertical qui isole son bord antérieur en le détachant de la paroi. Cette facilité d'accès dans le méat moyen, qui s'ouvre à la partie antérieure « comme un pavillon de trompette » (de Meyer) présente une énorme importance tant sous le rapport physiologique qu'au point de vue opératoire : c'est à la fois une voie naturelle ouverte au courant d'air inspiré et un chemin qui s'offre largement à l'introduction des instruments.

Pénétrons maintenant dans la cavité du méat, et cherchons à nous rendre compte de sa disposition intérieure, aussi compliquée qu'importante. Pour examiner complètement le méat moyen sur le cadavre, il n'est pas absolument nécessaire, ainsi qu'on le répète volontiers, de réséquer le cornet au voisinage de sa ligne d'insertion, ni même d'y pratiquer une fenêtre. Il suffit de renverser le cornet en arrière et en haut, de le luxer, pour ainsi dire, sans briser ses attaches supérieures, afin de pouvoir étudier ses rapports avec les parties profondes.

On aperçoit alors, sur la paroi externe, une gouttière oblique en avant et en haut, qui s'étale et s'efface en arrière, au dessous de l'extrémité postérieure du cornet, et se perd peu à peu sur la surface plane répondant à la branche verticale du palatin et à l'aile ptérygoïde interne. Son extrémité antérieure, au contraire, devient de plus en plus profonde, en même temps qu'elle se rétrécit, et pénètre dans ce couloir osseux, limité par les attaches antérieures du cornet moyen et de l'apophyse unciforme, qui conduit dans l'infundibulum ethmoïdal. Ce sillon creusé dans la paroi nasale, et qui continue par en bas les cavités ethmoïdo-frontales, a été nommé par quelques auteurs *gouttière de l'infundibulum* (Testut), tandis que la plupart s'obstinent à le confondre, sous l'appellation pure et simple d'*infundibulum* tout court, avec la cellule intra-ethmoïdale, qui mérite seule ce nom et qui est une tout autre chose.

La gouttière de l'infundibulum est limitée supérieurement par une saillie hémisphérique connue sous le nom de promontoire (Zoja) ou de bulle ethmoïdale (Zuckerkindl), tandis que sa lèvre inférieure, amincie et comme tranchante, répond au soulèvement de la muqueuse par le bord concave de l'apophyse

unciforme. Elle constitue, dans son ensemble, un sillon arrondi embrassant la saillie du promontoire, et au fond duquel on aperçoit, au dessous et un peu en avant de ce dernier, un orifice allongé ou rond qui conduit dans le sinus maxillaire. Au-dessous et plus en arrière, dans la partie où la gouttière s'élargit et s'efface, il existe, dans quelques cas, une seconde ouverture qui conduit également dans le sinus ; plus en arrière encore, une surface plane, sur laquelle la muqueuse se montre absolument unie et régulière, sans trace de perforations ni de saillies.

Comment se constituent la gouttière et les orifices ? Quelles sont les parties du squelette qui déterminent profondément leur délimitation ? Comment se comporte la muqueuse en enveloppant les parties osseuses sous-jacentes et comment a-t-elle réduit à un pertuis quasi punctiforme le large hiatus qui baillait, sur le squelette, dans la paroi du maxillaire ? Pour répondre à ces questions, il faut dépouiller la couche osseuse de son revêtement muqueux et revenir avec quelques détails sur la disposition compliquée des dépressions et des saillies que recouvre cette membrane.

On sait la façon particulière dont se comportent les os voisins à l'égard de l'orifice du sinus maxillaire : chacun d'eux envoie vers cet orifice une lamelle ou un prolongement qui contribue à en diminuer la surface et constitue, à sa périphérie, un cadre irrégulier et incomplet : en arrière, c'est le palatin, avec la lame triangulaire que projette son bord antérieur et qui s'engage dans la fissure inférieure de l'orifice ; en bas, le cornet inférieur, qui traverse la partie la plus déclive de l'hiatus et en recouvre un large segment excentrique ; en avant enfin, c'est l'unguis, dont la partie postérieure s'associe, quoique dans une moindre mesure, à cette besogne collective d'oblitération de l'orifice. Cependant, nous pouvons remarquer que, d'après l'énumération précédente, le cadre osseux est incomplet au niveau du bord supérieur de l'hiatus. Ce n'est pas qu'en réalité les moyens d'occlusion du sinus fassent défaut de ce côté, ou s'y montrent plus insuffisants qu'ailleurs : l'ethmoïde, qui borde cette partie de l'orifice, s'emploie même à l'oblitérer plus efficacement que tous les os voisins ; il le fait

seulement d'une manière un peu différente. Au lieu de pousser simplement, comme le font l'unguis ou le palatin, une lamelle dont le plan se confond avec celui de l'orifice et le recouvre à la façon d'un couvercle à coulisse à peine fermé, l'ethmoïde émet, par sa face inférieure, deux saillies de forme irrégulière, qui descendent, elles aussi, au devant de l'hiatus et en couvrent partiellement l'entrée, mais qui n'étant ni planes elles-mêmes, ni dans le plan de la paroi, font, au-dessous de la muqueuse, le relief d'où résulteront les deux lèvres de la gouttière.

La première de ces saillies représente une éminence arrondie, qui boursouffle à sa partie moyenne le bord inférieur des masses latérales : c'est à ce mamelon osseux, relief extérieur d'une cellule ethmoïdale volumineuse et constante, que Zuckerkandl a donné le nom de *bulla ethmoidalis*. L'autre est une lamelle falciforme, s'insérant à l'extrémité antérieure des mêmes masses latérales, côte à côte avec le cornet moyen, et qui croise en sautoir l'orifice du sinus, en s'enroulant un peu, à la façon d'un cornet, suivant ses faces et suivant ses bords.

Les rapports de ces deux saillies, la position qu'elles affectent vis-à-vis de l'orifice du sinus et de la paroi nasale externe sont tellement particuliers et tiennent une si large place dans la topographie du méat moyen, qu'il est impossible de comprendre cette région, si l'on n'est parvenu à voir, avec la plus grande netteté, la forme et la situation de ces deux éléments. C'est leur description très précise qui va nous donner la clef des questions que nous nous posons tout à l'heure : achèvement de l'oblitération de l'hiatus, disposition des deux saillies osseuses dont le relief forme sous la muqueuse les lèvres de la gouttière de l'infundibulum, rapports de cette gouttière, d'une part avec l'infundibulum ethmoïdal proprement dit, parlant avec le sinus frontal, d'autre part avec le sinus maxillaire. Les deux saillies que l'ethmoïde projette dans le méat moyen émanent, nous l'avons vu, l'une et l'autre, des masses latérales de cet os. C'est justement cette origine qui détermine la projection de ces saillies dans la cavité du méat et le relief accentué qu'elles font au-dessous de la muqueuse. Je m'explique : le massif très proéminent que forme, sur la paroi nasale ex-

terne, l'épaisseur des masses latérales fait au dessus de l'entrée du sinus une sorte de bossage irrégulièrement rectangulaire, qui domine et surplombe cet orifice, à peu près comme la partie saillante, qu'on nomme la hotte ou le manteau, se projette au-dessus de l'âtre dans une cheminée gothique. Or, les deux saillies en question, apophyse unciforme et bulle ethmoïdale, se trouvent précisément appendues à la partie surplombante de ce massif, l'une au milieu de son bord inférieur, l'autre à son extrémité antérieure. C'est de là qu'elles descendent au-devant du sinus maxillaire, dont elles contribuent à rétrécir l'orifice. Mais au lieu de raser la paroi, comme le faisaient les lamelles venues du palatin ou du cornet inférieur, elles se trouvent rejetées en dedans, comme la masse même qui les supporte, et se rapprochent plus ou moins de l'autre face du méat.

Suspendue, comme une large et courte stalactite, à la face inférieure du massif ethmoïdien, la bulle ethmoïdale projette, devant le bord supérieur de l'hiatus maxillaire, un relief en forme de mamelon renversé. Cette saillie contribue fort peu par elle-même à rétrécir l'orifice du sinus, mais présente, nous allons le voir, une très grande importance topographique, en tant que limite supérieure de la fente semi-lunaire par où la gouttière de l'infundibulum s'ouvre dans le méat moyen.

L'apophyse unciforme, dont Zuckerkandl a comparé l'aspect à celui d'un sabre, présente en effet l'apparence d'un large cimeterre à lame courbe étendu, le tranchant en bas, au devant de l'orifice du sinus ; la poignée répondrait à l'attache antérieure de l'apophyse, la pointe se retroussant par en haut pour venir se fixer au bord supérieur de l'orifice maxillaire, pendant que la convexité de la lame contracte, vers sa partie moyenne, une attache plus ou moins étendue avec le bord inférieur de l'hiatus, au niveau de l'apophyse ethmoïdale du cornet inférieur. L'orifice du sinus maxillaire se trouve ainsi subdivisé, entre ces deux points d'attache et la racine elle-même de l'apophyse, en trois orifices secondaires l'un en avant, l'autre en arrière du bord convexe de la lame, le dernier dans la concavité de cette lame. Le premier de ces trois

orifices est toujours bouché par la muqueuse, le second l'est presque toujours, le troisième ne l'est jamais.

Outre les deux points de contact constants que présentent avec les bords de l'hiatus la pointe et le bord inférieur de l'apophyse, on observe assez fréquemment, mais toujours du côté de la convexité, une série de lamelles osseuses, de formes et de dimensions variées, qui unissent ce bord convexe de l'apophyse au pourtour inférieur de l'orifice, et forment parfois une lamelle presque continue ou entrecoupée de pertuis irréguliers. Il y a donc, dans toute cette partie de l'hiatus sous-jacente au bord inférieur de l'apophyse unciforme, une tendance manifeste à l'oblitération, et nous pouvons noter dès à présent que la muqueuse achèvera l'occlusion des orifices qui persistent encore de ce côté. Un seul point de cette zone est quelquefois laissé béant : il se trouve à la partie postéro inférieure de l'hiatus et répond à ce que nous décrirons bientôt sous le nom d'*orifice accessoire*.

On a déjà pu remarquer que le bord supérieur concave de l'apophyse unciforme ne contracte aucune adhérence avec le pourtour de l'orifice du sinus. Ce bord est en effet constamment et complètement libre, depuis la racine jusqu'à la pointe de l'apophyse. Il embrasse dans sa concavité la saillie de la bulle ethmoïdale, et limite avec elle une fente en croissant dénommée autrefois *fissure ethmoïdale*, et pour laquelle Zuckerkandl a proposé le nom d'*hiatus semilunaris*. C'est à travers les lèvres de cette fente que la muqueuse s'invagine pour former ce repli profond que nous décrirons tout à l'heure sous le nom de *gouttière de l'infundibulum*.

Maintenant que nous connaissons la disposition du squelette dans cette région difficile, rien ne nous sera plus aisé que d'achever la description en étendant la muqueuse sur la couche un peu irrégulière et accidentée que nous venons de lui préparer. Nous aurons de cette façon reconstitué le méat revêtu de ses parties molles, tel qu'il s'offrait à nous au début de cette étude, lorsque, sans dissection préalable, nous relevions simplement le cornet moyen. Les détails de conformation que nous avons constatés alors, et dont la cause nous échappait, nous sembleront maintenant beaucoup plus clairs,

car la plupart ne font qu'exprimer à travers la muqueuse le relief des dispositions osseuses que nous venons d'étudier.

Sur toute la paroi interne du méat, celle qui répond à la surface du cornet, la muqueuse s'étale à plat, sans rencontrer aucun accident de terrain, et forme une surface lisse, entièrement dépourvue d'intérêt. Mais il en est tout autrement au niveau de la face externe, dont la charpente osseuse se montre, avons-nous vu, accidentée partout d'orifices et de saillies. Ce sont précisément ces irrégularités des *dessous* qui guident la marche de la muqueuse et déterminent l'aspect de sa surface libre. Tandis que les reliefs la soulèvent et préminent dans la cavité du méat, la membrane se comporte, au niveau des orifices, de deux façons très différentes : tantôt elle passe simplement devant eux, doublant la paroi osseuse incomplète d'une membrane qui en dissimule les lacunes ; tantôt elle s'introduit dans leur ouverture, qu'elle déforme ou rétrécit, et se continue, au-delà, avec la muqueuse des cavités voisines. C'est ainsi que, sur toute la portion de la paroi qui répond au bord convexe de l'apophyse unciforme, la muqueuse s'étale à plat non seulement sur les lames osseuses, mais sur les nombreux orifices dont la paroi est criblée à ce niveau. Rappelons cependant l'ouverture arrondie, qui persiste parfois à la partie postérieure de l'hiatus et représente, entre le méat et le sinus, une communication exceptionnelle qui se montre environ dans un dixième des cas. Cet orifice surnuméraire (*ostium maxillare accessorium*), qui est ordinairement bilatéral et dépasse rarement la largeur d'une lentille, a été considéré par Giraldès comme l'effet pathologique d'un processus de raréfaction, aboutissant, à ce niveau, à la résorption complète des deux couches muqueuses accolées, celle du méat et celle du sinus. Cette interprétation, adoptée par Zuckerkandl, semble en effet démontrée par ce fait que cet orifice accessoire se montre rarement chez les jeunes sujets, et qu'on observe fréquemment, dans cette région, un amincissement de la membrane qui semble, comme dit Giraldès, le stade prodromique et comme le préambule de la perforation complète. Cruveilhier croyait, au contraire, et son opinion fut partagée par Gosselin, que cet orifice accessoire était

la véritable communication du sinus maxillaire avec le méat, l'orifice principal ouvert dans la gouttière n'étant qu'un trait d'union entre la cavité de ce sinus et celle du sinus frontal.

Parvenue au niveau des lèvres de l'hiatus semi-lunaire, la muqueuse pénètre dans leur intervalle, tapisse d'une part la face inférieure de la bulle ethmoïdale, de l'autre la face supéro-interne de l'apophyse unciforme, et s'insinue entre ces deux saillies pour former le fond du sillon qui va désormais constituer de toutes pièces la gouttière de l'infundibulum. Sur la paroi externe de cette gouttière, la muqueuse forme une invagination profonde, qui pénètre dans l'antre d'Highmore, et dont l'orifice étranglé représente la communication constante du sinus maxillaire et du méat moyen.

Au niveau de l'extrémité effilée qui termine la gouttière à sa partie antéro-supérieure, la muqueuse se continue dans l'infundibulum ethmoïdal, et de là dans le sinus frontal, si bien que le sillon de l'infundibulum se trouve être l'aboutissant des deux orifices de communication qui donnent à la cavité du méat moyen un si grand intérêt chirurgical.

Le plus élevé de ces orifices, celui qui aboutit dans le sinus frontal, s'ouvre au sommet de la gouttière et présente une disposition déclive très favorable à l'écoulement des liquides. L'orifice principal du sinus maxillaire est au contraire aussi mal placé que possible pour permettre l'évacuation de cette cavité. Non seulement son embouchure se fait dans la partie la plus élevée du sinus, tout à fait au-dessous du plancher orbitaire, mais il s'ouvre, dans le méat, au fond d'une gouttière étroite, qui semble beaucoup mieux disposée pour lui amener les liquides du sinus frontal, que pour évacuer dans le méat ceux qui viennent du sinus maxillaire.

Situé plus bas que le précédent et ouvert sur une paroi plane, l'orifice accessoire offre, quand il existe, une voie plus facile à l'évacuation des sinus. Aussi, est-ce précisément ce point que Zuckerkandl, après Hunter et Hyrtl, choisit de préférence à tout autre pour y pratiquer la perforation.

Maintenant que nous connaissons en détail la topographie de cette région, le mode de formation de la gouttière et des orifices qui viennent y déboucher, il importe de bien nous

entendre sur la désignation précise de chacune de ces parties, et de fixer certains malentendus de mots qui mettent un peu de confusion dans les descriptions des auteurs : hiatus semi-lunaire, fissure ethmoïdale, infundibulum, gouttière de l'infundibulum sont des termes que l'on confond volontiers et que l'on emploie trop souvent l'un pour l'autre, au grand détriment de la clarté et de la précision descriptive. Sans doute, ils désignent des choses très voisines, mais cependant des choses différentes, et sur lesquelles il me semble nécessaire de s'entendre une fois pour toutes.

Examinons rapidement comment doit se décomposer le canal, reserré à son milieu, dilaté à ses deux extrémités et ouvert inférieurement en gouttière, qui descend d'un des sinus frontaux jusque dans la cavité du méat.

Tout en haut, une large cellule, appartenant à l'ethmoïde, et recouverte par le sinus frontal comme un ciboire par son couvercle arrondi. Cette cellule ethmoïdale s'étrangle et s'amincit par en bas comme un entonnoir à bec inférieur. Voilà le véritable infundibulum, ce que toutes les anatomies classiques (Sappey, Cruveilhier, Testut) désignent invariablement sous ce nom. A sa partie inférieure, cette cellule ethmoïdale se continue avec une autre cavité infundibuliforme aussi, mais à sommet supérieur, et accolée, par ce sommet, à la cavité précédente ; l'union de ces deux entonnoirs, réunis par une partie étranglée, représente dans son ensemble un véritable sablier. Mais la portion inférieure n'est pas une cavité complète : elle est, comme nous l'avons vu, fendue sur toute sa longueur par l'hiatus semi-lunaire : c'est une gouttière creusée dans la paroi externe du méat. Or, un certain nombre d'auteurs donnent à cette gouttière intra-nasale la même appellation d'infundibulum qu'à l'entonnoir ethmoïdo-frontal qui la continue par en haut : c'est créer une confusion fâcheuse entre deux choses très différentes. Mais c'est à tort qu'on attribue aux anatomistes français, et en particulier à Boyer, la responsabilité de cette équivoque, et que les auteurs étrangers désignent invariablement la gouttière en question sous le nom d'*infundibulum des Français*, *infundibulum de Boyer*. Boyer n'a jamais appliqué le titre d'infundibulum

à cette partie du canal. Je cite textuellement sa description : elle est très courte et très précise : « lorsque le cornet moyen est enlevé, on voit, à la partie moyenne et antérieure du méat, une gouttière étroite qui monte de derrière en devant, et va communiquer dans les cellules antérieures de l'ethmoïde et, par le moyen de celles-ci, dans le sinus frontal. Derrière cette gouttière, est une ouverture ronde, d'une ligne environ de diamètre, qui communique dans le sinus maxillaire. Cette ouverture est quelquefois double. Sa situation et sa grandeur varient suivant les sujets. » (*Traité complet d'anatomie ou description de toutes les parties du corps humain*, an XIII, tome IV, p. 177). Toute la description y est, très claire bien qu'extrêmement brève ; mais le mot *infundibulum* n'est, on le voit, pas même prononcé. Dans Boyer, comme dans toutes les anatomies françaises, ce mot se trouve dans la description ostéologique de l'ethmoïde : il désigne très nettement non point la gouttière inférieure, que Boyer laissait innommée, mais la grande cellule antérieure de l'ethmoïde, où vient se terminer cette gouttière. « Entre la face externe de ce cornet (le moyen) et les masses latérales, se trouve un enfoncement qui fait partie du méat moyen des fosses nasales. A la partie antérieure de cet enfoncement, on remarque une espèce de gouttière qui monte, d'arrière en avant, dans les cellules antérieures de l'os. La cellule dans laquelle cette gouttière aboutit est large supérieurement et étroite inférieurement, ce qui lui a fait donner le nom d'*infundibulum*. Elle s'abouche avec l'ouverture du sinus frontal. »

Ces deux citations m'ont paru nécessaires pour établir une question de mots fort importante ici pour l'intelligence des choses. En montrant, d'autre part, avec quelle clarté Boyer a eu soin de distinguer la gouttière intra-nasale de l'ampoule osseuse qui la surmonte, elles suffisent à relever la légère injustice historique que je signalais tout à l'heure. D'ailleurs la plupart des anatomies modernes ont maintenu avec soin cette distinction nécessaire, mais ont oublié de donner à la gouttière en question une dénomination particulière. C'est ainsi que Zuckerkandl lui-même, si minutieusement complet, se contente de lui conserver cette désignation si fautive d'in-

fundibulum des Français, le mot *hiatus semi-lunaire*, qu'il s'est cru obligé de créer, semblant plutôt, dans sa description, désigner la fente à lèvres osseuses par où la gouttière proprement dite s'ouvre dans le méat moyen, mais non pas la gouttière elle-même : « il existe, dit-il en effet, dans le méat moyen, une fente semi-lunaire limitée par deux lèvres très distinctes (*Hiatus semi-lunaris*) et conduisant dans un sillon (*Furche*) profond, qui va s'élargissant à sa partie antéro-supérieure et que les Français désignent sous le nom d'*infundibulum*. »

M. Testut est, à ma connaissance, le seul auteur qui ait nettement établi dans les termes l'individualité de cette gouttière. Le mot « gouttière de l'*infundibulum* », par lequel il l'a désignée semble, à ce point de vue, heureusement choisi : il affirme à la fois la forme de l'élément qu'il désigne, la distinction de cet élément et de l'*infundibulum* proprement dit, enfin sa continuité avec cet *infundibulum*.

Je ne puis terminer l'étude des orifices ouverts dans le méat moyen sans montrer le parti pratique qu'on peut tirer de leur connaissance soit pour l'exploration des sinus, soit pour le lavage de ces cavités.

Lorsqu'il existe quelque part un orifice ou un conduit naturel, il se trouve bientôt quelqu'un qui propose de le sonder. Aussi n'est-ce point d'aujourd'hui que datent les premières tentatives de cathétérisme des sinus par les voies naturelles. Le premier essai de ce genre semble remonter à Jourdain (*Recherches sur les maladies du sinus maxillaire. Journal de Médecine*, t. II, 1767), qui employa ce procédé chez une femme qui avait déjà subi plusieurs perforations de la paroi pour une suppuration du sinus. Les opinions, depuis ce temps, se sont singulièrement partagées sur la facilité et l'opportunité de ce mode d'intervention. Richet le jugeait difficile, voire impossible sur le vivant, et ne put, même à l'amphithéâtre, parvenir à l'effectuer sans faire des délabrements considérables et fracturer les lamelles osseuses : aussi ne consentait-il à y voir qu'un pis-aller opératoire et une sorte de cathétérisme forcé.

Malgaigne, naturellement, combattit suivant son usage le

pessimisme de Richet et déclara que ce cathétérisme était une opération très acceptable. De nos jours, cette opinion semble s'affirmer de plus en plus, et l'introduction d'une sonde dans les orifices des sinus ne passe plus à l'heure actuelle pour un tour de force opératoire ni pour une brutalité.

Pour fixer avec précision les indications de la méthode, voici, je crois, les deux questions qu'il faut se poser isolément : ce cathétérisme est-il possible ? est-il toujours avantageux ? A la première de ces demandes il paraît assez malaisé de donner une réponse ferme : il y a là une question de conformation individuelle qui fait varier dans de larges limites les difficultés opératoires ; mais il serait, en tout cas, téméraire d'affirmer que le cathétérisme sera toujours et également simple. Sans doute, il s'accomplit sans peine chez les sujets à méat très ouvert, dont le cornet moyen se détache franchement de la paroi, et chez qui la fissure ethmoïdale offre un passage suffisant. Mais, dans les conditions inverses, on ne peut atteindre l'orifice qu'au prix de petites fractures portant sur le cornet moyen ou sur l'apophyse unciforme. Ces lésions n'ont pas grande importance si elles se produisent à la partie inférieure, au voisinage de l'orifice maxillaire ; mais elles offrent un réel danger vers le sommet de la gouttière, lorsqu'on cherche sans ménagements à pénétrer dans le sinus frontal. Toutefois, même dans ce point, le risque est moins considérable qu'on ne paraît le supposer quand on répète que la sonde est exposée à ce niveau à perforer la lame criblée. On oublie, lorsqu'on formule cette menace, que l'instrument chemine dans le méat moyen, c'est-à-dire que la lame criblée est protégée contre ses atteintes par toute l'épaisseur du cornet.

J'ai essayé de préciser, par des mensurations sur le cadavre, le manuel de ce cathétérisme. Une ligne tirée de l'extrémité postérieure de la narine jusqu'à l'orifice du sinus maxillaire fait avec l'horizontale un angle de 45° et présente une longueur moyenne de 5 centimètres. Telles sont les données capitales qui doivent diriger l'inclinaison de la sonde et la profondeur de sa pénétration.

Pour entrer dans le sinus maxillaire, l'instrument, terminé en crochet, sera glissé le long de la paroi externe en tournant

vers le bas le bec de sa courbure. Ce n'est qu'après avoir pénétré d'un peu plus de 5 centimètres, que ce bec sera retourné en dehors, puis ramené légèrement en avant pour accrocher la lèvre inférieure tranchante de la gouttière, laquelle répond comme on sait au bord supérieur de l'unciforme. On parcourra alors, de bas en haut et d'arrière en avant, la direction de cette gouttière inclinée d'environ 45°, jusqu'à ce que l'on se croit assuré d'avoir pénétré dans l'orifice.

S'il s'agit du sinus frontal, les premières manœuvres seront les mêmes ; mais, durant le dernier temps opératoire, le bec de l'instrument, au lieu d'être dirigé en dehors, sera retourné en avant. Notons que, dans ce dernier cas, il est bon que ce bec soit coudé non à angle droit, mais à angle légèrement obtus, pour suivre l'obliquité de l'infundibulum : c'est une canule de cette forme qu'a conseillée M. Lichtwitz et qu'il a représentée dans un travail récent (*Bull. méd.* 29 oct. 1893).

Il ne nous reste plus qu'à répondre à la seconde des questions que nous nous posions tout à l'heure : le cathétérisme des orifices est-il une opération désirable, même dans les cas où il est praticable et facile ?

En tant que procédé de traitement, on n'a pas manqué de lui faire cette objection fort naturelle que le lavage d'une cavité rigide, pratiqué par un seul orifice et sans aucune contre-ouverture, était fatalement un lavage mal fait ; d'autant plus que la voie d'entrée est, du moins pour le sinus maxillaire, tout en haut de la cavité, c'est-à-dire dans la situation la plus impropre à l'issue du liquide de lavage. Il n'en est pas moins vrai qu'entre des mains prudentes (Jourdain, Kaufmann, Hartmann, Grünwald, Schutter, Garel, Lichtwitz), cette méthode a donné d'excellents résultats ; qu'elle est, lorsque les circonstances la favorisent, plus simple et moins agressive que les différents procédés de trépanation des parois, et qu'elle peut rendre de grands services, non-seulement comme moyen d'exploration, mais comme méthode curative. L'important est de savoir y renoncer dès que les dispositions anatomiques semblent en compliquer l'exécution, et de ne pas s'obstiner quand même à pratiquer dans tous les cas ce « cathétérisme forcé » dont parle Richet. Le prétendu procédé de douceur en-

traîne, dans ces conditions, des délabrements qui le rendent certainement plus brutal, et quelquefois plus périlleux, que l'ouverture artificielle pratiquée de propos délibéré dans une région de la paroi que l'on peut choisir à son gré. C'est même à ce dernier mode de pénétration que M. Lermoyez (*Semaine médicale*, 1^{er} février 1893) conseille de se décider d'emblée pour pratiquer la ponction aspiratrice ou le lavage explorateur du sinus maxillaire : la paroi du méat inférieur est le siège d'élection de ces opérations de recherche, comme le fond d'une cavité alvéolaire est aujourd'hui, de l'avis général, le siège d'élection de l'opération curative.

V

KÉRATOSE DÉGÉNÉRATIVE
FÉTIDO-SAPROPHYTIQUE
OU OZÈNE

EXPOSÉ SYNTHÉTIQUE

Par le Professeur **VINCENZO COZZOLINO**,
de l'Université de Naples.

En 1878 je donnai à cette rhinopathie le nom de *scrofulide* ⁽¹⁾ ; aujourd'hui je préfère l'appeler *kératose dégénérative fétido-saprophytique* de la muqueuse des premières cavités nasales, et en particulier de celle des cornets moyens et inférieurs, et à un moindre degré de la muqueuse nasopharyngienne.

Personne n'ose mettre en doute l'existence de myriades de

(1) COZZOLINO. Ozène et pseudo-ozènes, 1878. Ozène et ses formes cliniques, 1881.

microbes appartenant à différentes familles, offrant entre eux des caractères tout différents, et pullulant dans les cavités nasales ; aujourd'hui comme je l'avais déclaré au Congrès otologique International de Bâle (1884), en réponse au Dr Löwenberg, je soutiens que les microbes ne sont qu'une cause concomitante, car la cause essentielle est une dystrophie *sui generis* de la muqueuse nasale qui commence par attaquer cette dernière pour envahir ensuite les tissus osseux sous-jacents. Or, cette dystrophie de la muqueuse de Schneider est d'origine scrofuleuse et presque toujours le plus souvent circonscrite aux muqueuses des premières voies respiratoires.

Mais, comment interpréter aujourd'hui cette dénomination de scrofule ? Devons-nous la bannir des cadres nosologiques ? Bouchard et Lannelongue disent bien qu'elle existe, mais sans être douée de tous les caractères particuliers qu'on lui attribuait autrefois et qui aujourd'hui ont été reconnus comme appartenant à la tuberculose : « La scrofule, dit Lannelongue dans « sa toute récente publication *« La tuberculose chirurgicale »* « représente un état constitutionnel dépendant, dans la plupart « des cas, d'un trouble de la nutrition. »

Un scrofuleux n'est pas un tuberculeux, peut-être ne le sera-t-il jamais, mais c'est un candidat à la tuberculose, un tuberculisable.

Telle est la condition indispensable, le *terrain* favorable au développement de la kératose à la faveur de laquelle les microbes saprophytiques qui se trouvent dans les fosses nasales peuvent manifester tout ou partie de leur activité pathogénique. La transformation pavimenteuse de l'épithélium et son aspect corné m'ont conduit à donner à l'ozène le nom de *kératose desquamative*, etc.

Pour moi, la véritable kératose est une lésion beaucoup plus rare que ne le croient la majeure partie des auteurs, et en particulier ceux qui s'obstinent encore à en faire une simple rhinopathie avec issue atrophique⁽¹⁾ ; mais elle est plus fré-

(1) Sur les 2554 cas de maladies du nez observées pendant dix ans à l'hôpital clinique, je n'ai constaté que 58 à 60 cas d'ozène véritable, de celui que Trousseau, l'immortel historien de cette affection au point

quente que les inflammations pyogènes chroniques des sinus, les *sinusites* comme il résulte de mes statistiques de dix années de consultation externe à l'hôpital de Naples (1).

de vue clinique, a appelé constitutionnel. Mais j'ai observé au contraire :

Rhinites catarrhales simples.	274 cas
« « avec hypertrophie des cornets.	209 —
« « avec dégénérescence myxomateuse et colloïde des cornets	202 —
« purulente scrofuleuse.	199 —
« atrophiques générales communes.	71 —

Le pourcentage des cas d'ozène est donc de 2,3 %

« « rhinites catarrhales simples	29,7 %
« « rhinites catarrhales avec hypertrophie	8,2 %
« « rhinites catarrhales avec dégénérescence myxomateuse.	7,9 %
« « rhinites scrofuleuses ou pyogènes, d'un diagnostic facile	7,9 %
« « rhinites atrophiques générales communes	2,8 %

(1) Si l'on veut établir un rapport entre l'ozène et les suppurations des sinus, en tenant compte que sur 2554 affections nasales, on a eu en moyenne :

Suppuration des sinus frontaux	40 cas
« « ethmoïdaux antérieurs et postérieurs	12 —
« « bulle ethmoïdale.	3 —
« « du sinus maxillaire	45 —
« « sphénoïdaux	5 —

75 cas

On en déduit que l'ozène est moins fréquent que les sinusites purulentes chroniques, même en ne tenant pas compte de la concomitance de différentes sinusites chez le même individu ; et en notant aussi que cette statistique n'est point faite avec la même rigueur que les autres, et qu'elle est fort probablement au-dessous de la vérité puisqu'il n'y a pas longtemps que nous sommes à même de faire avec exactitude le diagnostic de quelques-unes d'entre elles, comme celles des sinus ethmoïdaux, ethmoïdo-lacrymaux, (V. Cozzolino : La pathologie et la thérapeutique antiseptique et chirurgicale des Phlogoses exsudations de la muqueuse des sinus du nez ; 5 leçons, 1890. — Collection complète d'instruments pour la sémiotique et la thérapeutique antiseptique et chirurgicale des sinus. *Bolletino delle malattie dell' orecchio* Florence, 1891. — Exposé clinique de la pathologie et de la chirurgie des suppurations des sinus du nez. *Morgagni*. Milano, 1892).

De sorte que, pour moi, la kératose en question ne doit pas être considérée comme une rhinite issue des affections des sinus, et encore moins comme une *sinusite*. C'est une affection qui mérite qu'on lui consacre un chapitre particulier, et qui disparaît presque toujours par l'involution sénile de la muqueuse nasale. Sa mauvaise odeur est caractéristique, et ne saurait être confondue avec les odeurs qui sont produites par l'accumulation de sécrétions ou d'exsudations pyogènes dans les fosses nasales ou avec celles qui viennent des sinus.

Les progrès de la séméiotique nasale ont contribué énormément à l'accroissement du chiffre de la statistique des rhinites et de leurs conséquences ; et celui des sinusites s'est accru aussi en proportion de ces progrès, tandis que le chiffre de la statistique de la kératose a diminué.

Je répéterai en terminant la phrase que j'ai écrite il y a 13 ans, dans mon second travail sur l'ozène : *l'ozène naît ozène et n'est point une suite d'autres maladies* ; il apparaît à la période la plus fréquente du lymphatisme et de l'hypertrophie du tissu adénoïde, c'est-à-dire dans la première enfance. C'est pourquoi, lorsque passé cet âge, l'enfant arrive à la dentition permanente sans être affecté d'ozène, il est certain qu'il en sera exempt pour l'avenir.

C'est là, pour moi, une loi clinique d'après laquelle, on doit croire que le terrain propice au développement de la kératose est précisément le tissu citogène embryonnaire.

Quant à l'ozène, la meilleure chance de salut est toujours le traitement topique chirurgical, et non pas le traitement général seul. C'était bien là l'opinion de Trousseau bien qu'il donnât le nom de médication chirurgicale à la simple application de médicaments sur la muqueuse nasale, méthode qui plutôt représenterait pour nous la médication antiseptique. Aussi, les remèdes prescrits alors tels que les poudres mercurielles, la teinture d'iode et le fameux et salissant permanganate de potasse, etc. sont passés pour moi en seconde ligne ; car, comme antiseptiques, ils ne peuvent que compléter le *vrai traitement chirurgical* qui doit être très minutieux et très varié selon le siège du mal, et selon les cas.

Tel doit être le principal objectif du rhinologiste : tout sys-

tème de traitement qui ne serait pas subordonné à un sévère examen anatomo-pathologique rhinoscopique de la muqueuse de Schneider et n'apportera jamais d'amélioration à une lésion chronique, surtout s'il s'agit de l'ozène.

Il faudra tenir compte de l'anamnèse, parce que l'ozène est du nombre des maladies transmissibles; surtout il est consécutif à des anomalies de conformation du squelette nasal si l'individu est tuberculeux ou prédisposé à l'être, ou si l'infantilisme prédomine chez lui. Dans ce cas les cures climatiques, balnéaires, reconstituantes, etc., donneront d'excellents résultats. A mon avis il faut imiter ce que fait la nature avec le temps, et en plusieurs années, qui sont nécessaires pour l'envahissement de la muqueuse de Schneider et la guérison spontanée. La nature, qui agit très lentement, nous suggère l'idée de transformer le tissu muqueux en un autre qui ne présente pas les mêmes défauts, causés par les conditions anormales du tissu glandulaire, épithélial, etc.; et alors on pourra obtenir une métamorphose sclérosique.

J'appelle *méthode sclérogène superficielle* ce traitement qui est chirurgical, ou semblable à celui du lupus de la peau primitif ou secondaire (1).

La conclusion thérapeutique est qu'avec les antiseptiques, et plus encore avec les irrigations répétées on ne fait que le traitement du symptôme *odeur plus quoad societatem que quoad vitam*.

L'étiologie microbienne n'a pas été confirmée par les résultats thérapeutiques. Ce serait ne pas profiter des progrès de la sémiotique et de la perfection des instruments, que de méconnaître que la guérison assurée et durable de la kératose ne peut s'obtenir qu'à l'aide d'opérations rhino-chirurgicales: ablation des tissus dégénérés, (myxomatose colloïde) râclage plus ou moins superficiel, destruction partielle par les caustiques chimiques (acide chromique, trichloracétique, etc.) opérations qui doivent naturellement être toutes précédées d'une antiseptie rigoureuse des surfaces et pratiquées avec des instruments aseptiques: ces opérations doivent être suivies

(1) COZZOLINO. Lupus primitivo della mucosa nasale, Napoli, 1886.

de l'occlusion aseptique temporaire de chacune des fosses nasales, badigeonnage avec des solutions d'iode, d'ichtyol, de la surface opérée. Ce n'est pas ici le cas de s'inquiéter des troubles de l'odorat après ces opérations chirurgicales, presque toujours les malades en question étant affectés d'anosmie surtout si la lésion est prédominante sur les cornets moyen ethmoïdal et supérieur.

Les cautérisations partielles dans les cas très avancés ainsi que dans les cas qui font supposer les formes tuberculeuses de l'ozène, décrites par Volkmann, ne doivent pas être faites superficiellement ; (habituellement, j'emploie de préférence dans les formes légères les solutions d'acide trichloracétique) ; mais dans la profondeur des tissus sur les points les plus atteints comme le pratique Lannelongue avec sa méthode sclérogène, j'emploie la même technique antiseptique et aseptique des injections, la même solution de chlorure de zinc (non à 1 pour 10 comme Lannelongue l'emploie dans les tuberculoses des os et des articulations) mais à 1 p. 40 ou plutôt 1 p. 50 comme il l'emploie pour la tuberculose des doigts. Puisque cette médication agit sur les sources de la nutrition, sur les vaisseaux en général, il y aurait là aussi peut-être une indication étiologique pour ceux qui font dépendre l'ozène des troubles nutritifs vaso-moteurs. A la réaction succède une néoformation et par conséquent une substitution du tissu néo-fibreux non susceptible de devenir ozéneux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XI^e CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNATIONALE

Tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

SECTION XI — OTOLOGIE.

Compte rendu par le prof. G. GRADENIGO (de Turin).)

Liste des membres présents :

AIROLDI (Bergame). AVOLEDO (Milan). BLAKE (Boston). BOEKE (Budapest). BOSIO (Gênes). BRONNER (Bradford). BRUNETTI (Venise). BURGER (Amsterdam). BUSCAROLI (Imola). CHIUCINI (Rome). COLLADON (Genève). CORRADI (Vérone). COZZOLINO (Naples). DE ROSSI (Rome). DUNDAS GRANT (Londres). FARACE (Palerme). FERRERI (Rome). FICANO (Palerme). FINKI (Hambourg). FISCHENICH (Wiesbaden). FLATAU (Berlin). GANDERER (Riga). GARNALT (Paris). GARZIA (Naples). GELLÉ (Paris). GERONZI (Rome). GOLDSCHMIDT (Reichenhall). F. GOTSTEIN (Breslau). J. GOTSTEIN (Breslau). G. GRADENIGO (Turin). GRAZZI (Florence). GUROWITSCH (Odessa). HOPMANN (Cologne). JANKAU (Munich). JORIO (Rotondo). ISATA (Naples). HENKICHI HORINCHI (Japon). KROELL (Strasbourg). LAZARUS (Melbourne). LEMCKE (Rostock). LÉOPOLD (Cincinnati). LÉVY (Hagenau). LICHTENBERG (Budapest). LUDEWIG (Hambourg). MADEUF (Paris). MARCHIAFAVA (Rome). MERMOD (Yverdon). MICHAEL (Hambourg). MOLL (Arnheim). MONGARDI (Bologne). MOOS (Heidelberg). MOURE (Bordeaux). NINAUS (Graz). POLI (Gênes). POLITZER (Vienne). PUTELLI (Venise). REINHARD (Duisbourg). RONTALER SARTORI (San Francisco). SCHMIEGELOW (Copenhague). SCHULER (Wiesbaden). SECCHI (Bologne). SECRÉTAN (Lausanne). STRAZZA (Gênes). SZENES (Budapest). TOTI (Florence). VILLA (Rome). WALB (Bonn).

Président : Prof. E. DE ROSSI.

Présidents honoraires : Professeurs MOOS, POLITZER, COLLADON, CL. J. BLAKE ; D^r GELLÉ.

Secrétaire responsable : Prof. FERRERI.

Secrétaires : Professeur AVOLEDO ; D^{rs} DUNDAS GRANT, LUDEWIG, GARNALT et SARTORI.

Séance du 30 mars (matin).

Président : DE ROSSI.

1^o DE ROSSI prononce le **Discours d'inauguration** suivant :

Collègues,

Les liens qui unissent les médecins se resserrent encore entre ceux qui cultivent le même champ, qui ont les mêmes aspirations. Je dois donc vous considérer comme des frères d'une même famille, qui, bien que répandus dans tout le monde, êtes accourus volontairement à cette solennité pour affirmer le progrès de cette jeune science de l'otologie, qui a déjà acquis la plus grande considération de la part des savants et des praticiens et aspire à de plus hautes conquêtes encore ; l'humanité les attend de vous avec une foi sincère. Dans la patrie d'Eustache, de Valsalva, de Corti, au nom des collègues italiens, je vous salue fraternellement.

2^o MOOS. — **Thrombose du sinus latéral consécutive à une otite purulente.** — Ce cas concerne un homme de 54 ans, alcoolique. On pratiqua la trépanation mastoïdienne, mais la mort arriva par septicémie. M. fait remarquer les particularités du cas en question : 1^o la fièvre faisait défaut avant l'opération, elle n'apparut que huit heures après ; 2^o cette fièvre ne présentait pas le type pyémique spécial, elle ne dépassa pas 39°5 et n'était pas en rapport avec l'entité du processus morbide ; 3^o à l'autopsie on ne rencontra pas de communication entre le foyer carié du temporal et la cavité du sinus ; 4^o il apparut, sur le tragus, un gros abcès, évidemment métastatique.

Moos passe rapidement en revue les recherches bactériologiques, entreprises par divers auteurs sur le sang dans les cas de septicémie, et recommande ce mode d'investigation pour porter un diagnostic sûr pendant la vie.

3^o MOURE. — **Abcès cérébral latent d'origine otitique.** — L'auteur rapporte deux observations cliniques qui démontrent comment des abcès cérébraux consécutifs à des otites moyennes purulentes peuvent se présenter sans symptômes particuliers et provoquer une mort subite, avec des phénomènes apoplectiformes.

POLITZER cite des cas analogues à ceux de Moure qu'il a observés et admet qu'il s'agit d'une rupture brusque de l'abcès à la surface du cerveau avec méningite consécutive.

DE ROSSI, d'après ses observations personnelles, croit que la mort subite n'est pas due dans ces cas à la méningite, mais à l'ouverture de l'abcès dans le quatrième ventricule.

GRAZZI rappelle la possibilité de la coïncidence chez un même malade de l'otite purulente chronique et de l'apoplexie quand l'autopsie fournit des indications exactes sur la véritable cause de la mort.

MOOS rapporte des cas de sa pratique à ce sujet.

GELLÉ cite l'observation d'un homme de 35 ans atteint d'otite purulente et qui mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un abcès cérébral et une thrombose du sinus. Jusqu'à quelques jours avant sa mort, le malade avait pu se faire soigner à la consultation externe.

COZZOLINO rapporte deux cas de mort subite observés par lui sur des malades souffrant d'otite moyenne purulente chronique. Le premier concernait un officier, l'autre le célèbre archéologue Schliemann qui fut trouvé sans connaissance dans une rue de Naples et qui mourut pendant les préparatifs de la trépanation du crâne.

POLI a observé deux cas d'affection cérébrale d'origine otitique chez des individus jeunes : dans le premier cas, les symptômes locaux prédominaient, et l'autopsie révéla un abcès du lobe moyen du cerveau, ouvert dans le ventricule latéral ; dans l'autre cas il existait surtout des symptômes pyémiques et on trouva une thrombose septique du sinus latéral accompagnée d'abcès métastatiques diffus.

4° REINHARD. — **Traitement du cholestéatome.** — Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'étiologie et l'anatomie du cholestéatome, tandis qu'ils le sont sur son pronostic et son traitement : a) le cholestéatome est une affection dangereuse et même mortelle ; b) le traitement consiste surtout à enlever la totalité des masses épidermiques. Aussi, dans les formes légères et sans carie des parois de l'attique, on extraira les osselets par le conduit auditif externe ; dans les formes graves, compliquées de carie des parois de la caisse, l'ablation sera faite suivant la méthode de Stacke. Dans les cas de cholestéatome très étendu, il faut faire une seule cavité de la caisse, de l'antre et des cellules de l'apophyse, en maintenant, le plus longtemps possible, cette brèche ouverte et en pratiquant des greffes épidermiques.

LEMCKE demande dans combien de cas Reinhard a obtenu une guérison définitive.

REINHARD, sur 19 cas, a laissé 15 fois une ouverture perma-

nente; quand cette dernière n'existait pas, les masses cholestéatomateuses et la suppuration se reproduisaient.

POLITZER reconnaît que la méthode de Stacke constitue un progrès dans la chirurgie auriculaire; toutefois il fait remarquer que parfois cette méthode favorise la propagation de l'épiderme à la muqueuse de l'oreille moyenne, propagation qui, on le sait, doit être regardée comme la cause du cholestéatome.

DUNDAS-GRANT. Dans le diagnostic du cholestéatome il est très difficile de juger l'étendue de la maladie; il est du plus grand intérêt, après l'opération, d'empêcher l'humidité et de recourir aux insufflations de poudres antiseptiques.

5° G. GRADENIGO. — **Les affections de l'oreille dans la syphilis héréditaire.** — Dans la syphilis héréditaire, outre la forme bien connue de surdité complète bilatérale, on rencontre une autre forme atténuée de surdité progressive ayant les caractères de l'otite moyenne catarrhale chronique et s'étendant de bonne heure au labyrinthe. Cette forme morbide est analogue à celles que l'on rencontre chez des individus prédisposés héréditairement aux maladies d'oreilles, ou chez des individus appartenant à des familles où la tuberculose est héréditaire. Dans cette forme atténuée de surdité progressive dans la syphilis héréditaire, les stigmates caractéristiques sont d'ordinaire peu accusés; le plus fréquent est la kératite interstitielle. Parfois les stigmates manquent complètement et l'on ne peut diagnostiquer avec certitude que l'existence de la polyéthéthalité caractéristique chez les enfants, l'existence de l'infection spécifique des parents ou de stigmates bien marqués de syphilis héréditaires chez les frères du malade. Dans quelques cas, la pathogénie spécifique ne peut être établie que d'après des probabilités, en considérant la malignité du processus morbide de l'oreille interne, surtout quand on peut exclure avec certitude d'autres infections générales. L'hérédité pour les affections auriculaires est souvent associée, dans ces formes, comme élément pathogénique à l'infection spécifique héréditaire. La forme ci-dessus décrite de surdité progressive atténuée se rencontre de préférence chez les femmes, comme la forme grave, mais elle diffère de cette dernière en ce qu'elle se développe à l'âge de la puberté, la forme atténuée peut se montrer bien plus tard, de 20 à 30 ans.

On rencontre des lésions catarrhales à divers degrés du rhinopharynx et du nez qui peuvent déterminer directement la maladie d'oreille; le traitement de ces lésions, s'il est toujours utile, ne donne pas des résultats aussi brillants que pour les

otites moyennes non spécifiques. Le traitement mixte a produit une amélioration notable dans un certain nombre de cas. Dans un travail ultérieur, l'auteur se réserve d'exposer en détail les caractères cliniques de cette forme morbide.

MOOS confirme quelques-uns des résultats de Gradenigo et pose quelques questions sur les caractères cliniques présentés par les otites dans la syphilis héréditaire.

GELLÉ insiste sur l'existence de suppurations de nature syphilitique héréditaire, qui offrent les mêmes caractères que les otites purulentes et qui, outre le traitement local, réclament le traitement général.

FIGANO désire savoir par Gradenigo s'il existe des différences locales de caractères entre la surdité progressive lente dans la syphilis héréditaire et l'otite moyenne sèche.

AVOLEDO demande quelles sont les lésions labyrinthiques rencontrées dans la forme décrite par Gradenigo.

GRADENIGO déclare qu'il n'existe pas de caractères cliniques qui différencient la surdité progressive atténuée dans la syphilis héréditaire des autres formes de surdité progressive. Le diagnostic est fondé sur un ensemble de symptômes, dont quelques-uns donnent parfois la certitude et parfois seulement la probabilité. Sa communication est essentiellement clinique ; il rappelle pourtant que Habermann a remarqué des lésions ostéo-sclérosiques du temporal, de nature très probablement spécifique et peut-être la nouvelle forme d'affection auriculaire que Politzer décrira au point de vue anatomo-pathologique à ce même Congrès correspond-elle à celle que Gradenigo a décrite au point de vue clinique.

COZZOLINO croit que l'examen des cavités pharyngo-nasales peut être très utile pour le diagnostic.

BRONNER insiste sur la fréquence de la kératite interstitielle et des lésions de l'oreille dans la syphilis héréditaire et remarque que la disparition de la kératite au cours de l'affection auriculaire aggrave le pronostic.

Séance du 30 mars (après-midi).

Président : Moos.

6° COLLADON. — *L'abcès de fixation en otologie.* — L'organe de l'ouïe participe au bénéfice que peut procurer un abcès provoqué en temps opportun à la périphérie pour la guérison d'une affection

purulente. L'otite purulente aiguë peut guérir trois ou quatre jours après la formation spontanée d'une otite externe diffuse ; cette dernière peut être aussi provoquée artificiellement par l'instillation, dans le conduit, d'antiseptiques irritants. Cette méthode de traitement est surtout efficace dans l'otite aiguë et subaiguë.

SZENES ne discute pas l'interprétation de faits analogues qu'il a décrits en 1890 et qui ont été confirmés par Dennert ; depuis, il a recueilli beaucoup d'autres observations. Sur dix cas d'otite aiguë compliquée d'otite externe, neuf fois il obtint une guérison rapide. Il croit que cette dérivation est bienfaisante.

GRADENIGO s'étonne de la fréquence avec laquelle Colladon et Szenes ont observé l'otite externe dans l'otite moyenne aiguë, car pour son compte, même dans l'influenza, il a rencontré très rarement cette complication. Selon Schimmelbusch, le furoncle est produit par le frottement des microorganismes pyogènes contre la peau du conduit auditif externe, de façon à ce que la pénétration dans les follicules des poils soit facilitée ; de plus tout mode de traitement de l'otite moyenne purulente, lorsqu'il est trop irritant, peut causer l'inflammation des follicules pileux et par conséquent la furonculose. La furonculose qui apparaît au cours de l'otite purulente, est analogue à l'eczéma et à la furonculose que l'on peut déterminer à l'aditus narium dans les suppurations nasales ; on doit donc la considérer comme une complication d'une certaine gravité pour l'oreille, tant au point de vue des douleurs qu'elle provoque que pour le rétrécissement du conduit qui rend difficile le drainage de la caisse.

GOZZOLINO s'associe à la manière de voir de Gradenigo et recommande comme antiseptique non irritant la microcidine ou naphtolate de soude à 4 ou 5 pour 1000.

DE ROSSI regarde comme très grave l'otite externe au cours d'une otite moyenne purulente aiguë, surtout pour le rétrécissement du conduit qu'elle provoque. D'autre part, les anciens avaient déjà reconnu la valeur curative des irritations appliquées derrière l'oreille.

FLATAU rappelle ce qui a lieu dans les cavités nasales où se manifestent quelquefois des inflammations compliquées de diffusion du pus. Il considère aussi l'otite externe comme une dangereuse complication de l'otite moyenne.

LUDEWIG préconise pour le traitement des furoncles communs du conduit auditif externe, des injections sous-cutanées avec

une solution d'acide phénique à 30/0 devant le tragus ou derrière le pavillon de l'oreille. Il a retiré des avantages même d'une seule application.

7° GRADENIGO. — **Sur la pathogénie du vertige à accès d'origine auriculaire (type de Ménière).** — On doit distinguer deux formes de vertige d'origine auriculaire : la forme bâtarde, dans laquelle les lésions de l'oreille moyenne causent une irritation collatérale ou réflexe de l'appareil ampullaire des canaux semi-circulaires ; et la forme typique en rapport avec les lésions directes de cet appareil. En ce qui concerne la forme typique, contrairement à l'hypothèse de Ménière et aux opinions aujourd'hui prédominantes en clinique médicale, ce n'est qu'exceptionnellement qu'un tableau symptomatique analogue à celui du vertige de Ménière est déterminé par des hémorrhagies de l'oreille interne ; si ces dernières sont assez abondantes pour détruire rapidement l'appareil ampullaire, les vertiges peuvent faire complètement défaut ; si les hémorrhagies sont moins abondantes, de façon à provoquer plutôt une irritation réactionnelle, les vertiges sont intenses, mais continus (non par accès) et diminuent graduellement. Le tableau typique du vertige de Ménière n'est donc qu'un stade de la diffusion au labyrinthe d'une affection catarrhale chronique de l'oreille moyenne. Si la propagation est très lente, les symptômes de réaction de la part de l'appareil ampullaire peuvent être nuls ou presque nuls ; si elle est moins lente, à une période donnée du processus morbide, quand l'affection gagne cet appareil, les symptômes présentent le tableau typique des vertiges à accès ; finalement si la diffusion est rapide, les symptômes peuvent être assez intenses pour déterminer un état vertigineux continu.

La durée du stade de Ménière au cours d'une affection catarrhale chronique de l'oreille dépend de la rapidité avec laquelle elle procède, et varie de quelques mois à une ou plusieurs années ; tout ce qui hâte l'allure de la maladie, abrège aussi le stade des accès de vertige, parce que l'abolition de la fonction succède à la période d'irritation de l'appareil ampullaire. Le vertige de Ménière peut donc se produire dans les affections les plus diverses de l'oreille moyenne, quand elles s'étendent au labyrinthe, surtout dans les otites professionnelles, syphilitiques, tuberculeuses, acquises ou héréditaires. Elle ne constitue donc qu'un stade d'un processus morbide, dont la genèse peut être différente, et ne mérite pas pour cette

raison d'être regardée comme une entité nosologique à part.

8° AVOLEDO. — **Vertige de Ménière. Opération de Stacke. Guérison.** — L'auteur, se fondant sur une de ses observations, dit que la forme d'origine auriculaire de Ménière peut être accompagnée de troubles de la zone psychomotrice.

Dans les abcès cérébelleux otitiques se trouve une forme de vertige, semblable au vertige auriculaire, mais sans troubles psychiques. L'ablation des osselets ne guérit pas le malade, mais modifie seulement momentanément la cause de la compression. Les saignées et la quinine réussissent seulement lorsque les phénomènes de compression ne sont pas liés à un fait anatomique. L'opération de Stacke, au contraire, peut déterminer une guérison permanente.

Moos fait remarquer qu'il a déjà exposé quelques-unes des idées exprimées par Gradenigo dans une publication sur la méningite cérébro-spinale épidémique, parue il y a nombre d'années.

Séance du 31 mars

Président : POLITZER

9° KIRCHNER présente et décrit deux cas pathologiques.

Nécrose mastoïdienne. — Il s'agissait d'un enfant de 5 ans. Séquestre de la totalité de l'apophyse mastoïde et d'une partie de l'écaille du temporal.

Nécrose du labyrinthe. — Le séquestre, provenant d'une jeune fille de 16 ans, comprenait la plus grande partie du limaçon.

10° KIRCHNER. — **Sur le massage de la membrane du tympan et des osselets.** — L'auteur emploie, pour raréfier et comprimer l'air dans le conduit, un simple tube de caoutchouc, dont une extrémité est introduite dans le méat, et l'autre dans la bouche du malade. Fabricants : G. Stöber, de Würzburg, et H. Pfau, de Berlin.

DE ROSSI, à propos du cas de séquestre du limaçon, dit que lorsque l'on fait des expériences précises, on peut reconnaître combien la conservation de l'ouïe du côté affecté n'est qu'apparente.

GRADENIGO. Dans le cas, observé par Kirchner, d'élimination d'une grande partie du limaçon, on pouvait constater que le son du diapason vertex était latéralisé à l'oreille malade. Pour expliquer ce paradoxe, il faut rappeler l'hypothèse émise par

Bezold, qu'il s'agit d'un simple phénomène de résonnance augmentée, par le son du diapason, donné par les cavités altérées de l'organe auditif.

GANDERER dit qu'il est imprudent de laisser le masseur du tympan, même le modèle de Kirchner, entre les mains du malade.

KIRCHNER n'a jamais eu d'accidents avec le masseur en faisant modifier la pression par la bouche.

11° GELLÉ. — **Du massif osseux du facial** (Mémoire publié dans les *Annales*, n° 1, 1894).

12° POLITZER. — **Etudes anatomiques sur une nouvelle forme de maladie de l'oreille avec démonstrations.** — Etudes basées sur une nouvelle série d'observations cliniques et d'autopsies démontrant que dans un nombre considérable de cas considérés jusqu'ici comme des affections scléreuses de l'oreille, la lésion anatomique doit être cherchée dans une affection primitive de la capsule labyrinthique, circonscrite en grande partie aux alentours de la fenêtre ronde. L'os dans les parties affectées se colore différemment des parties voisines; il subit une hyperplasie en rapport avec les bords de la fenêtre ovale, de sorte qu'il résulte une ankylose avec la platine de l'étrier. Celle-ci alors augmente notablement d'épaisseur. L'auteur a observé cette lésion chez des personnes avancées en âge, chez qui il était difficile d'obtenir des renseignements cliniques. Il croit que, au moins dans certains cas, ces lésions peuvent être en relation avec la syphilis, et comme traitement il conseillerait l'emploi de l'iodure de potassium.

Moos, il y a environ 30 ans, observa à l'autopsie une hyperostose généralisée du crâne et du temporal; toutes les ouvertures de ce dernier étaient rétrécies, même les fenêtres ovales.

COLLADON croit que l'arthritisme peut être considéré comme la cause de nombreux cas de sclérose.

13° Moos. — **Démonstrations microscopiques.**

1^{re} série. Immigration épidermique provenant de la membrane du tympan.

2^e série. Nécrose guérie du conduit osseux du facial.

3^e série. Oblitération presque complète des canaux semi-circulaires.

4^e série. Ossification de la plus grande partie d'une ou de deux circonvolutions du limaçon.

5^e série. Destruction du nerf facial et du nerf auditif à la suite de suppuration et hémorrhagie provenant de méningite.

6^e série. Propagation de l'inflammation à toute les parties du limaçon.

6^e SZENES. — Sur la valeur thérapeutique de l'alumnol, de l'euprophène, de la diaphtérine dans les suppurations de l'oreille.

S. se loue surtout de l'euprophène.

14^e GRAZZI. — Les signaux acoustiques dans le personnel des chemins de fer. — L'auteur propose une modification des règlements se rapportant à la visite médicale des aspirants aux emplois de chemins de fer, afin qu'on examine leurs oreilles comme on le fait pour les yeux. Il faudrait visiter périodiquement le personnel qui voyage et diminuer l'acuité de certains signaux acoustiques actuellement en usage et pouvant être nuisibles pour les oreilles.

KIRCHNER fait ressortir la nécessité d'examiner périodiquement les oreilles des employés de chemins de fer.

Moos dit que beaucoup des desiderata exprimés par Grazzi sont en vigueur dans le Grand Duché de Bade.

SZENES et POLITZER disent que ni en Autriche, ni en Hongrie, on ne procède à l'examen de l'oreille des employés de fer.

13^e CORRADI. — De l'influence que les asymétries de forme du crâne, les différences dans la structure et la dimension des os ou dans la capacité des sinus de la face entre un côté et l'autre peuvent exercer sur le résultat de l'épreuve de Weber. — Les asymétries de forme du crâne et de la face n'ont, d'après les recherches faites par l'auteur, aucune influence sur la latéralisation du diapason vertex. Les changements de résonnance, pour influencer sur le résultat de l'épreuve de Weber, doivent exister dans les cavités qui constituent l'appareil de transmission des sons.

Séance du 2 avril

Président : GELLÉ

16^e COZZOLINO. — Sur la neurasthénie essentielle et associée ou secondaire à des otopathies et des rhinopharyngopathies. — Il existe une forme clinique sui generis d'otoneurasthénie, qui appartient exclusivement aux expansions labyrinthiques, et peut venir du tronc nerveux comme des origines cérébrales. Cette forme est souvent bilatérale, et il existe fréquemment de l'hyperacousie ; elle se développe davantage dans la neurasthénie cérébro-spinal. Quand un individu a une ouïe normale et qu'il accuse

des troubles auditifs, il faut examiner l'axe cérébro-spinal et le système musculaire. Le vertige auriculaire se confond souvent avec le vertige neurasthénique. Les hallucinations de l'ouïe ne sont possibles que chez les neurasthéniques. Ces formes de neurasthénie s'accompagnent de troubles de la sensibilité et de motilité de la cavité rhino-pharyngienne.

17° COZZOLINO. — **Conclusions sur 170 cas de mastoïdites observés de 1883 à 1894 à l'hôpital clinique de Naples.** — L'auteur présente la relation de 170 cas de mastoïdites opérés par lui à Naples. Il y a une première catégorie d'endomastoidites, traitées par la perforation mastoïdienne ou l'agrandissement des trajets fistuleux. La seconde catégorie fut traitée par l'incision de Wilde et l'antisepsie des cavités auriculaires. La troisième catégorie a été traitée par l'antisepsie du conduit auditif, de la caisse et de l'antre.

18° DE ROSSI. — **Sur quelques expériences de myringographie.** — L'auteur a construit un appareil spécial dans le but d'enregistrer au moyen de longs leviers formés de minces fils de verre soudés à de petites membranes, le mode de vibration des membranes sous l'influence du diapason. Il a pu ainsi reconnaître la possibilité de transmettre en même temps et sans perte sensible d'énergie les mouvements d'un diapason vibrant à deux membranes de la même dimension que la membrane tympanique humaine, en se servant d'une colonne liquide (alcool). Les mouvements de la membrane peuvent être inscrits sur un cylindre enregistreur et l'amplitude des mouvements d'une membrane est en raison directe de la mobilité de la membrane homologue. Ces expériences démontrent la possibilité d'appliquer la myringographie à l'étude des mouvements tympaniques chez les enfants.

POLITZER reconnaît l'intérêt de la communication de De Rossi et croit que cet ingénieux appareil servira de base à de nouvelles recherches sur la physiologie ou la pathologie de l'oreille, lorsqu'il sera modifié d'une manière opportune.

GELLÉ doute que le contrôle demandé à la membrane index soit absolument exact, mais il croit juste d'espérer en l'avenir de ce nouveau mode d'exploration.

GRAZZI demande à De Rossi comment il peut isoler l'appareil des vibrations de l'air environnantes et des solides sur lesquels il repose.

GELLÉ remarque qu'il est difficile d'éviter la formation des nœuds en rapport avec la hauteur des diapasons employés qui peuvent en altérer les résultats.

19° LUDWIG. — Sur l'extraction du marteau et de l'enclume. —

Le diagnostic de la carie du marteau et de l'enclume est, dans bien des cas, peu sûr, les granulations qui recouvrent la membrane flaccide n'étant pas des sytômes indubitables de carie du marteau ou de l'enclume. Un indice certain de la carie de l'enclume est le détachement de la membrane tympanique dans le cadran postéro-supérieur.

Dans l'opération, on doit, si c'est possible, laisser subsister une conjonction de l'extrémité du manche du marteau avec le rebord osseux, jusqu'à ce que le tendon du tenseur soit coupé, et que l'on ait séparé l'articulation de l'enclume de l'étrier, parce que autrement le manche du marteau, qui pend librement, glisse d'un côté et il est plus difficile de pouvoir le saisir.

Pour assurer l'hémostase, on doit éviter les astringents et même les poudres d'alun, parce que ces substances salissent le champ opératoire. Au contraire, avant de commencer l'opération, il faut faire une injection sous-cutanée d'ergotine devant le tragus et derrière le pavillon. Dans l'ablation de l'enclume on doit faire attention à une saillie osseuse, promontoire, qui se trouve sur l'entrée de l'antre (sera démontré); la longue branche de l'enclume s'y attache souvent si elle est trop longue.

Sur 59 opérations pratiquées à Hambourg, Ludwig n'a jamais eu de mort ni de complications graves, jamais de fièvre, ni de paralysie faciale, ni de vertiges sérieux, ni de diminution de l'ouïe.

L'enclume fut trouvée cariée dans 83 0/0 des cas.

L'indication de l'extraction du marteau et de l'enclume doit être plus étendue qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Quand une suppuration chronique de l'oreille moyenne résiste un mois au traitement de Schwartze par les lavages par la trompe et le traitement ordinaire du conduit auditif, on doit aussitôt pratiquer l'ablation du marteau et de l'enclume du conduit auditif que l'on ait ou non constaté la carie de ces osselets.

POLITZER dit que la désignation de *promontoire* employée par Ludwig pour une saillie du *tegmen tympani*, peut donner lieu à des équivoques, et il propose le nom de *spina tegminis*. Préoccupé de la conservation de l'ouïe, il voudrait limiter les indications de l'extraction des osselets aux cas de destruction d'une très grande partie de la membrane du tympan accompagnée de graves lésions auditives, ou aux cas de cholestéatome de l'attique. Dans les perforations simples de la membrane de Shrapnell, P. préfère la méthode conservatrice.

AVOLEDO demande si Ludewig a observé des troubles fonctionnels attribuables à la lésion de la corde du tympan.

LUDEWIG sur 50 cas qu'il a opérés n'a pas vu d'aggravation de l'ouïe ; dans 4 cas, au contraire, il a vu une amélioration notable ; la voix aphone (chiffres) qui auparavant était perçue seulement au voisinage de l'oreille, fut entendue après à 5 ou 6 mètres. Il est persuadé que l'opération détruit presque toujours la corde du tympan ; mais ce fait passe inaperçu des malades.

REINHARD. La fréquence du cholestéatome de l'antre et de l'attique dans les cas de carie des osselets lui fait croire à l'impossibilité de la guérison de l'oreille moyenne par la simple extraction des deux osselets ; l'opération de Stacke est nécessaire. Sur 33 cas d'ablation du marteau et de l'enclume observée par l'auteur en 1891, il eut 50 0/0 de guérisons ; les cas non guéris étaient compliqués de cholestéatome.

20° FERRERI. — **Influence du traitement caustique dans l'élimination des osselets cariés.** — La chirurgie intra-tympanique trouve ses indications dans le traitement des suites des otites moyennes purulentes chroniques ; les procédés opératoires extra-tympaniques assurent plus rapidement la guérison des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, de l'attique et de l'antre. Le traitement caustique doit être employé toujours avant de procéder à une opération quelconque, car il peut suffire à éliminer les osselets cariés.

21° SZENES. — **Sur deux cas de surdité guérie.** — Le premier cas concerne un enfant de 9 ans, qui, à la suite d'un soufflet, ressentit des douleurs de l'oreille droite. Il se développa lentement une surdité qui d'abord s'améliora par la douche d'air ; mais au bout de 16 jours elle augmenta. Les injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine amenèrent une guérison rapide. Il existait aussi de l'anosmie.

Le second cas concernait un homme de 60 ans, qui, 20 ans auparavant, avait été traité pour de la surdité au moyen du cathétérisme de la trompe. Emphysème pulmonaire. A gauche, surdité complète produite par une otite moyenne catarrhale chronique. Un matin il se réveilla en sursaut un peu sourd à droite, avec des vertiges très intenses. Examen tympanique négatif. La pilocarpine étant contre-indiquée en raison d'une maladie du cœur, et les iodures par le coryza ; on fit des applications froides sur la tête ; purgatifs. Au bout de 36 heures, amélioration, dix jours après les symptômes avaient disparu.

GRADENIGO demande si, dans le premier cas, il ne s'agissait pas

d'hystérie infantile, ainsi que le feraient croire l'origine traumatique et l'anosmie, et dans le second cas, de syphilis acquise.

AVOLEDO croit la pilocarpine plus utile dans les suites d'otites moyennes purulentes chroniques que dans les otites sèches.

SZENES pense pouvoir exclure l'hystérie et la syphilis chez ses malades. Il croit à l'action réellement curative de la pilocarpine dans ses cas.

22^e DUNDAS-GRANT. — **Présentation d'instruments.**

I. Spéculum à agrandissement pour les opérations dans l'oreille. — A un spéculum d'argent, est attachée au moyen d'une charnière, une lentille pour l'examen du tympan. A la partie inférieure du spéculum et de la lentille existe une séparation pour permettre l'introduction d'un instrument.

II. Bistouri recourbé pour l'incision des furoncles du conduit auditif externe.

Petit bistouri recourbé à l'extrémité d'une tige d'acier que l'on peut monter sur un manche quelconque.

23^e GARZIA. — **Influence de la malaria sur les maladies de l'oreille.** — La malaria peut provoquer des inflammations de l'oreille se propageant au labyrinthe. Ces affections guérissent par les remèdes contre la malaria et les moyens locaux.

Séance du 3 avril

Président : COLLADON

24^e CLARENCE J. BLAKE. — **Emploi de la curette dans l'opération mastoïdienne.** — Dans les cas de mastoïdite, après l'ouverture de l'antre par le trépan ou l'agrandissement de l'ouverture par la gouge, l'auteur se sert de curettes de dimensions variées pour enlever les tissus malades. Pas de suture, pansement sec. L'opération est précédée d'une grande incision de la membrane tympanique.

25^e CLARENCE J. BLAKE. — **Observations sur l'ablation de l'étrier dans les otites moyennes chroniques non suppurées.** — Sur 22 cas opérés, l'auteur n'obtint d'amélioration qu'une seule fois. Chez quelques-uns, il y eut même aggravation pour l'audition et les bourdonnements. Dans 5 cas il se manifesta du vertige à la suite de l'opération et dans 2 cas il persista longtemps.

BLAKE ne croit pas la stapédomyie justifiée, et il recommande plutôt la tympanotomie exploratrice. Dans les lésions suppurées

avec carie des osselets, la stapéctomie totale ou partielle devient une question de chirurgie générale.

GOZZOLINO confirme ce qu'il a dit au Congrès de Pavie (1887) sur les bons résultats que peut donner la chirurgie intratympanique dans les affections purulentes.

COLLADON dit que les résultats de Blake condamnent absolument la stapéctomie dans les affections non suppurées de l'oreille moyenne.

26° CLARENCE J. BLAKE. — **Sur la technique de la tympanotomie exploratrice.** — Sans anesthésie générale, on pratique une incision tympanique au niveau de la fenêtre ronde, qui cause peu de douleur et permet l'application d'une solution de cocaïne. En prolongeant l'incision vers le haut, on peut former un lambeau, qui, renversé en avant, laissera exposée la région insensible de l'enclume et de l'étrier.

A travers l'ouverture on peut pratiquer la ténotomie du tenseur ou le détachement des brides, etc. Après l'opération l'application d'un disque de papier humide recolle le lambeau. La guérison est complète et rapide.

DE ROSSI, depuis 1871, opère la mobilisation de l'étrier au moyen de la désarticulation de la longue branche de l'enclume. Il procède de la manière suivante : il fait une piqûre au centre de la membrane, près du manche du marteau, fait un lambeau qu'il ramène au dehors, ainsi il met à nu l'articulation incudostapédienne, la coupe et luxé la longue apophyse de l'enclume. Il remet alors le lambeau en place, en le maintenant avec de l'ouate trempée dans la glycérine boriquée. Guérison rapide en 2 ou 3 jours.

27° GARNAULT. — **Trois cas d'extraction de l'étrier.** — La stapéctomie exécutée avec les précautions nécessaires est une opération bénigne, qui peut être tentée dans les otites sèches comme dans les otites purulentes. Les cas opérés par l'auteur sont encourageants au point de vue de l'audition.

GRADENIGO fait remarquer que les quatre mois écoulés depuis les opérations de Garnault sont insuffisants pour se baser sur ses résultats. En effet, après trois injections intra-tympaniques irritantes à travers le cathéter, on observe d'ordinaire une amélioration de l'acuité auditive due au gonflement de la muqueuse et à un relâchement partiel des ankyloses fibreuses ; on obtient le même effet d'irritation et plus marqué encore après une opération sanglante dans la caisse. Ceci peut expliquer jusqu'à un certain point la légère amélioration de l'acuité auditive que

l'on observe dans les jours qui suivent immédiatement l'opération. Gradenigo observe, en outre, que dans les cas de Garnault l'amélioration fut obtenue par la mobilisation de l'étrier dans les suites d'otites purulentes et non dans les otites moyennes scléreuses.

GARNAULT dit que les bons résultats obtenus dans deux de ses cas sont dus à l'opération et non à l'irritation, parce que les résultats immédiats furent mauvais.

COZZOLINO au contraire soutient que si les résultats sont en rapport seulement avec l'opération, l'amélioration de l'ouïe est immédiate et dure longtemps.

GELLÉ insiste sur ce que les bons résultats furent obtenus dans les formes suppurées. Quant à l'amélioration de l'audition, il croit devoir ajouter à l'irritation de la muqueuse, rappelée par Gradenigo, l'action plus profonde dynamogénique que l'opération peut exercer sur les centres nerveux.

CORRADI croit que l'amélioration de l'ouïe due à l'irritation passe vite, tandis que l'amélioration due à l'opération se montre plus tard, mais est plus persistante.

POLITZER est d'avis qu'il faut attendre au moins deux ans d'observation pour prononcer un jugement définitif.

28° SECCHI. — **Nouvelle contribution à la physiologie de l'oreille moyenne.** — S. rappelle qu'au Congrès de Berlin il présenta une note dans laquelle, se basant sur des expériences pratiquées sur des chiens et des chats, il concluait : 1° que dans la caisse tympanique, il existe d'ordinaire une pression d'air positive, supérieure à la pression extérieure d'environ 4 mm. d'eau ; 2° que cette pression plus forte doit être produite par la trompe, mais peut l'être aussi par l'action des muscles de la caisse ; 3° qu'une augmentation de pression se produit lorsqu'un son attire l'attention de l'animal sur lequel on expérimente, et davantage si le son est aigu et intense. Aujourd'hui l'auteur confirme à nouveau ces résultats et ajoute que la plus grande pression endotympanique existe même chez l'homme. La membrane tympanique, considérée dans la direction de ses rayons, est courbe en dehors et surtout à l'endroit où les fibres circulaires manquent ou sont rares, par exemple au voisinage de l'extrémité du manche du marteau ou dans les cicatrices. Si l'on pique avec une aiguille tubulée la membrane, jusqu'au rétablissement de l'équilibre de pression entre l'air de la caisse et du conduit, la courbe de la membrane s'aplanit d'une manière évidente. La diminution de pression endotympanique que Politzer le pre-

mier observa dans la déglutition n'est pas due à des contractions du tenseur, mais à ce que, dans la déglutition, on ouvre le canal de la trompe avant son ouverture pharyngée. L'auteur dit qu'il a été le premier à fournir la preuve de l'antagonisme du stapédus et du tenseur comme on le pensait déjà. Aussi, après la section du tendon, le ventre du tenseur refuse de se contracter par la galvano-caustie, la pression à l'intérieur de la caisse, sous l'influence des sons, diminuait au lieu d'augmenter. Secchi est convaincu que la chaîne des osselets, avec ses muscles, ne constitue pas une voie de transmission des sons, mais simplement un appareil d'accommodation de l'oreille.

L'oreille moyenne peut se comparer à un tambour de Marey, qui transmet les ondes sonores de la membrane tympanique à la membrane de la fenêtre ronde, qui de cette façon redeviendrait la véritable porte de l'ouïe. L'auteur propose que cette question soit mise à l'ordre du jour du prochain Congrès d'otologie de Florence.

GRADENIGO croit qu'une discussion sur des expériences physiologiques pratiquées en grand nombre et en grande hâte comme celles de Secchi, serait aujourd'hui prématurée et demeurerait stérile. Il ne discutera donc pas l'interprétation que fournit Secchi de ses résultats, et se bornera à faire quelques objections qui lui viennent à l'esprit. Tout d'abord, on peut admettre que l'affaissement vers le conduit des cicatrices ou du segment postéro-inférieur de la membrane tympanique, signalé par Secchi, dépend plutôt que de l'augmentation de la pression endo-tympanique, des poussées exercées sur la surface interne de la membrane par l'action fréquente de se moucher, pratiquée par les malades affectés de catarrhe chronique des premières voies aériennes. Un fait clinique, qui tend à infirmer la théorie de Secchi, est que, lorsque la membrane tympanique se transforme par des plaques calcaires en une plaque solide, vibrant difficilement et irrégulièrement, l'audition peut être presque normale, tandis que lorsqu'il existe une ankylose des osselets et que la membrane du tympan conserve un aspect normal, on observe une diminution notable de l'ouïe.

COZZOLINO fait allusion aux théories analogues de Scarpa et de Sapolini.

MASINI pense que l'air, comme la chaîne des osselets, prend part à la fonction auditive de transmission ; il admet que la théorie d'Helmholtz ne répond plus aux exigences de la science.

CORRADI affirme que l'importance accordée pour l'audition à la chaîne des osselets, ne fait pas nier l'importance de l'air contenu dans la caisse ; toutefois on ne peut pas à l'heure qu'il est soutenir que la première voie sert moins que la seconde. D'après ses expériences, l'auteur conclut que les tons élevés peuvent être transmis directement de l'air aux os de la tête et de là au labyrinthe.

GELLÉ ne dénie pas à la fenêtre ronde une valeur secondaire pour le passage des ondes sonores ; mais l'expérience des pressions centripètes est la meilleure démonstration de la transmission principale des sons par la voie de la chaîne des osselets.

GRADENIGO fait remarquer que les observations cliniques que l'on peut opposer aujourd'hui à la théorie de Secchi n'ont pas grande valeur, parce que nous sommes habitués à interpréter les faits cliniques en relation avec les théories dominantes. Il faut donc dans chaque cas particulier examiner s'il n'y a pas lieu à une autre interprétation basée sur la nouvelle théorie. Des objections cliniques, celle qui lui semble la plus grave est l'apparition déjà signalée ci-dessus des taches calcaires sur la muqueuse tympanique.

POLITZER croit que les osselets sont indispensables à l'audition des tons bas et moyens.

SECCHI. L'ankylose des osselets amène, il est vrai, une diminution notable de la fonction, mais tous recherchent les altérations de la chaîne et non celles de la fenêtre ronde. Il nie que sa théorie soit celle de Sapolini, déjà soutenue du reste par Morgagni et Scarpa. Il discute quelques objections de Politzer.

POLITZER affirme que les expériences de Secchi sont exactes, mais en opposition avec les observations cliniques.

29° MADEUF.— **Sur l'auscultation des bruits auriculaires.**— L'auteur admet que les bruits subjectifs accusés par beaucoup de personnes souffrant des oreilles peuvent être aussi entendus par un observateur.

GRADENIGO remarque que dans tous les traités d'otologie on trouve la distinction entre les bourdonnements d'oreilles entotiques simples et subjectifs. Les premiers seuls peuvent être perçus, même à distance par l'observateur ; les seconds, dont la pathogénie doit être attribuée à une irritation de l'appareil de perception des sons, ne peuvent être perçus objectivement, comme ne sont pas vus objectivement

les phosphènes produits par l'irritation mécanique de la rétine.

SZENES, à propos des bruits entotiques perceptibles à distance, décrit un cas qu'il a observé, dans lequel un bruit venant de l'oreille était perçu par un observateur à la distance de 15 centim. Il était produit par la contraction clonique du muscle élévateur du voile du palais. Guérison par le massage du voile du palais.

COZZOLINO rapporte un cas analogue à celui de Szenes.

30° MASINI. — **Rapport entre la thermogénèse et l'organe de l'ouïe.** — Ce complément des études entreprises par l'auteur avec le Prof. Fano sur les effets des lésions de l'organe de l'ouïe, aboutit aujourd'hui à ce que la lésion des canaux semi-circulaires produit un abaissement de la température du corps, et la lésion du limaçon un abaissement ou un état stationnaire. L'excitation de l'oreille abaisse notablement la température, et plus chez les animaux sur lesquels les canaux semi-circulaires sont détruits que chez les animaux sains.

31° ISAIA. — **Contribution au traitement des otites moyennes purulentes chez les scrofuleux.** — I. rappelle qu'il a déjà, au premier Congrès de la Société oto-laryngologique, recommandé les balsamiques dans le traitement des otorrhées ; à présent il a des résultats qui confirment ses vues. Il emploie ces remèdes dans la proportion de 3 ou 4 parties de baume et 2 ou 3 d'alcool, ou à parties égales, en instillations dans le conduit, après anesthésie cocaïnique.

COZZOLINO s'oppose à la dénomination générique d'otorrhée employée par l'auteur.

GRADENIGO dit que le mot otorrhée devrait être aujourd'hui abandonné et que l'on devrait spécifier chaque cas selon la qualité des micro organismes infectieux et de l'existence ou l'absence d'altérations osseuses, qui rendent souvent indispensable l'intervention chirurgicale. L'indication de l'effet d'un remède local est incomplète, quand on ne tient pas compte des particularités d'un cas.

SZENES confirme les vues de Gradenigo.

Séance du 4 avril.

Président : CLARENCE J. BLAKE.

32° LEVY. — **Sur un nouvel acoumètre.** — Cet acoumètre est basé sur le son produit par la chute de gouttes d'eau, pesant cha-

cune 1 décigramme, que l'on fait tomber de diverses hauteurs facilement mesurables sur une plaque de fer inclinée dans ce but ; l'intensité du son ainsi obtenu est très exactement proportionnée dans les lignes moyennes, à la hauteur de la chute ; l'oreille examinée est appuyée sur un support, distant de 30 centim. du point où le son se produit. Un enfant de 6 à 15 ans entend à une hauteur de 5 à 6 centim. ; un adulte, 6 ou 8 centim. pour une surdité moyenne, la hauteur peut être de 12 à 20 centim. L'appareil est construit par Meyer, de Strasbourg.

33° FLATAU. — **Jardins d'enfance pour les sourds-muets.** — La surdi-mutité empêche non-seulement le développement intellectuel, mais aussi le développement physique de l'enfant. L'auteur a eu la pensée de fonder des jardins d'enfance dans le but de développer physiquement les sourds-muets, avant qu'ils aient atteint l'âge de 8 ans, âge qui est, on le sait, nécessaire pour l'admission dans les Institutions ordinaires de Sourds-muets. Ces jardins ont le but de cultiver essentiellement le corps, d'habituer les enfants aux mouvements, à la discipline, mais ne donnent aucun enseignement de la parole. On pourra rechercher les malades chez lesquels il subsiste encore un reste d'ouïe, et le cas échéant, le cultiver par des exercices appropriés. L'auteur croit que ces jardins d'enfance, surveillés par un médecin hygiéniste et otologiste, pourront, à l'avenir, fournir un matériel précieux pour l'étude scientifique de la surdi-mutité. Le premier de ces jardins a été ouvert à Berlin en avril 1894.

GRADENIGO applaudit à l'initiative généreuse de Flatau et souhaite que de semblables institutions se fendent dans d'autres pays. Il demande s'il ne faudrait pas commencer avant 8 ans l'enseignement de la parole aux enfants qui parlaient autrefois et sont restés sourds à la suite de labyrinthites consécutives à des méningites cérébro-spinales.

POLITZER. Dans les cas d'abolition complète de l'ouïe, l'anatomie pathologique atteste que, comme pour les lésions labyrinthiques très graves, on ne peut espérer aucune amélioration par les exercices auditifs ; si la surdité est seulement partielle, on peut obtenir une augmentation de l'audition, même sans exercices spéciaux. P. a, en effet, observé une amélioration au bout de plus d'un an de séjour des enfants dans les Instituts de Sourds-muets. Il faut remarquer que l'effet disparaît parfois à peine obtenu et que les enfants deviennent aisément nerveux à la suite d'exercices excessifs. Quand l'enfant est en état de

percevoir les voyelles, il n'en retire aucun avantage pratique, puisqu'il ne peut suivre les discours, même avec un appareil acoustique. L'unique avantage, pourrait consister, selon quelques-uns, dans la meilleure modulation de la voix.

SZENES dit que les Institutions de Sourds-muets sont peu nombreuses relativement aux besoins, et qu'avant de créer de nouvelles institutions il serait bon de penser à augmenter les premières.

FLATAU pense qu'au cas où il existe des restes d'audition, on ne doit pas attendre une amélioration spontanée; mais il convient d'agir. Il est triste de voir que les Institutions de Sourds-muets sont insuffisantes, mais cela n'empêche pas la fondation de jardins d'enfance.

POLITZER dit que quelquefois l'amélioration provoquée par l'exercice doit être attribuée à un perfectionnement de la sensibilité tactile de la peau de l'oreille, grâce à laquelle les sourds-muets peuvent distinguer les différentes voyelles prononcées dans le voisinage.

34° BOSIO. — **Sur le traitement de la sclérose par de larges ouvertures tympaniques.** — B. propose dans la sclérose de larges myringotomies dont il aurait retiré de bons résultats, tant pour l'audition que pour les bruits subjectifs.

SZENES rapporte une observation dans laquelle il pratiqua 6 fois la paracentèse de la membrane sans qu'il soit resté aucune trace des opérations. Il dit que la méthode décrite par Bosio n'a rien de nouveau.

35° BOSIO. — **Ténotome à double tranchant pour la section du tympan.**

36° COZZOLINO. — **Une nouvelle forme d'intermittence auditive.** — Chez une jeune fille qui portait une cicatrice du segment antéro-supérieur du tympan due aux progrès d'une otite purulente, l'auteur a enlevé cette cicatrice avec une amélioration notable de l'audition. Le lendemain de l'opération, la malade remarqua, en appliquant sa montre sur le pavillon, que toutes les deux ou trois secondes, elle ne percevait pas le tic-tac.

FICANO demande si dans ce cas l'on pouvait exclure la suggestion.

GRADENIGO demande s'il ne s'agissait pas de la limitation de l'audition pour la montre. L'intermittence des perceptions pour la montre à la limite minima a été notée et étudiée par Urbantschitsch et interprétée comme un phénomène d'épuisement.

CORRADI remarque que le fait ne diffère pas beaucoup des phénomènes qu'il a désignés sous le nom de sensations renaissantes.

37° POLI. — Sur le traitement de la syphilis de l'oreille externe. — Dans cinq cas d'otite interne provenant de syphilis acquise, on employa le traitement spécifique mixte et les injections hypodermiques de pilocarpine. Dans un cas on obtint une amélioration notable, dans deux seulement une amélioration, et dans deux aucun avantage appréciable.

GRADENIGO fait remarquer à combien d'agents thérapeutiques divers, administrés d'une manière opportune, iode, mercure, pilocarpine, il faut recourir dans le traitement de la syphilis auriculaire.

FICANO a eu à se louer des injections intra-musculaires de calomel.

POLI recommande aussi ces injections.

Discours de clôture de DE ROSSI, POLITZER, BLAKE.

BIBLIOGRAPHIE

Des hémorrhagies du larynx, par DANET. *Thèse de doctorat*, Paris, 24 janvier 1894.

D. groupe ces hémorrhagies de la façon suivante : 1° H. dues à des troubles circulatoires (affections cardiaques ou pulmonaires) ou à des maladies dans lesquelles il y a altération du sang (maladies infectieuses, intoxications). 2° H. survenant chez des individus bien portants, sans causes bien nettes, chez des hémophiliques ou à l'époque des règles. 3° H. symptomatiques d'une affection locale aiguë ou chronique du larynx. Rares dans la syphilis, peu fréquentes dans la tuberculose, très fréquentes dans le cancer, ces hémorrhagies s'observent très souvent dans la laryngite catarrhale aiguë ; dans ces cas, D. ne croit pas à une forme hémorrhagique de laryngite, mais à une extravasation sanguine se produisant dans un organe prédisposé par l'hypérémie, sous l'influence d'une cause quelconque, effort le plus souvent. 4° H. traumatiques ou dont le traumatisme n'est que la

cause occasionnelle; ce sont elles qu'étudie plus longuement D. et qui intéressent davantage le spécialiste. Les corps étrangers, les manœuvres chirurgicales endo-laryngées maladroites, parfois l'électrisation interne des cordes vocales peuvent déterminer des hémorragies. Mais très souvent c'est à la suite d'une transition brusque de la chaleur au froid, d'un effort de toux ou de voix qu'il se produit des ecchymoses sur les cordes vocales. En amenant des troubles de la voix, elles peuvent être très préjudiciables à toute une catégorie d'individus (chanteurs, orateurs, etc.); en donnant lieu quelquefois à une légère hémoptisie, elles peuvent faire songer à la tuberculose pulmonaire ou à une affection du cœur; on voit donc qu'il est nécessaire de les diagnostiquer rapidement et de les traiter pour éviter des altérations et des épaissements de la muqueuse laryngée, et des troubles persistants de la voix.

G. LAURENS.

Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx, par A. FOUCHER (de Montréal), 1894.

Cet ouvrage est divisé en plusieurs chapitres dans lesquels l'auteur traite des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx. Tous sont développés d'après le même plan. Chacun d'eux, en effet, débute par des considérations générales sur l'anatomie, la physiologie normale de ces organes des sens et l'exposé des méthodes d'exploration qui leur sont applicables. Suit la description des maladies, très claire, très concise; l'auteur ne s'attarde pas dans de longues discussions sur la pathogénie et les procédés opératoires qui intéressent peu le praticien. Une question intéressante, négligée par beaucoup d'auteurs et qui manque dans la plupart des traités, est ici l'objet d'une étude spéciale: ce sont les rapports qu'affectent les maladies des yeux, du nez et des oreilles entre elles et avec la pathologie générale. F. montre que ces maladies sont fréquemment liées les unes aux autres et ont souvent des rapports très étroits. Signalons en outre un point, incomplètement traité dans les livres, quand il l'est, et bien exposé ici: l'hygiène de l'œil et de l'oreille chez l'enfant et la prophylaxie de leurs maladies; F. donne à ce sujet des conseils fort utiles. Un formulaire thérapeutique termine l'ouvrage et contribue à en faire un traité véritablement pratique et très complet qui sera consulté avec fruit, non pas seulement par les spécialistes, mais par tous les médecins pour lesquels du reste il a été écrit.

G. LAURENS.

Le nez extérieur (Die aeußere Nase) étude anatomo-anthropologique, par OSKAR HOVORKA. Un vol. in-8 de 154 p. Vienne, Alfred Hölder, 1893.

Ce gros travail est tout entier consacré à l'étude du nez considéré dans le sens étroit que lui attribue le vulgaire ; l'appendice nasal est généralement dédaigné des rhinologistes qui concentrent toute leur attention sur la profondeur des méats ; le voici maintenant réhabilité par une étude consciencieusement et compendieusement fouillée, et qui mérite d'autant plus de nous arrêter, qu'elle se présente sous l'autorité de Zuckerkandl, qui l'a inspirée.

Quatre grandes divisions scindent cette monographie. C'est tout d'abord, pour une grosse part, l'anatomie du nez extérieur, avec détails des plus multipliés sur les variétés individuelles de sutures osseuses et de fasciculations musculaires. Viennent ensuite de curieuses considérations historiques et plastiques sur la forme du nez : nez droits, nez arqués, nez retroussés, avec d'intéressants croquis d'Albert Dürer : H. a eu l'heureuse idée de figurer, à côté de chacun de ces nez, le dessin de son squelette, où l'on voit les cartilages des ailes prendre des formes tout à fait étranges. La troisième partie est consacrée à l'anthropologie : elle nous apprend que les Gaulois avaient un petit indice nasal 45, 68, que l'invasion des Francs au nez mongol fit monter cet indice, à 48, 87, et que depuis quinze siècles nous ne sommes pas encore parvenu à retrouver la finesse du nez de nos ancêtres ; heureusement, nous y arriverons un jour ; notre indice nasal national était 48, 25 au XII^e siècle, 47, 97 au XVI^e 46, 81 au XIX^e ; donc, plus que quatre cents ans à attendre pour avoir reconstitué notre nez de jadis. Enfin la pathologie, ou mieux la tératologie du nez termine l'ouvrage : à noter le portrait d'un enfant arrhinien, qui est certainement une des choses les plus horribles qu'on puisse imaginer.

En somme, un bon livre de bibliothèque témoignant de la patience et de l'érudition de son auteur.

M. L.

La membrane de Corti. (Die cortische Membran) par AUGUST DUPUIS. *Dissertation inaugurale*, de Marbourg. Wiesbaden, J. Bergmann, 1894.

La membrane de Corti, ou membrana tectoria, est généralement peu étudiée par les anatomistes, bien qu'il soit fort aisé

de l'isoler du reste de l'organe de Corti. L'auteur s'est attaché à la mieux connaître par une série de coupes faites sous la direction du professeur Barth ; la technique qu'il a suivie est des plus simples : fixations à l'acide osmique en solution à 1/4 ou 1/2 0/0, et colorations aux couleurs d'aniline de préférence à l'hématoxyline. Toutes les préparations ont été photographiées : une vingtaine de clichés sont reproduits dans une planche qui termine ce travail.

De ses recherches, il résulte que la membrane de Corti doit être divisée en trois zones. La zone interne, mince et délicate, se modifie peu dans toute l'étendue du canal cochléaire ; la zone moyenne est assez épaisse et s'élargit à mesure qu'elle va de la base au sommet du limaçon ; la zone externe, perforée, est constituée par un réseau à fils très délicats. Les deux zones pleines ont une striation propre, plus tangentielle dans la première, plus radiale dans la seconde ; ces stries sont formées par des fibrilles englobées dans un ciment très abondant.

La zone interne présente, entre autres particularités, à sa face inférieure, un aspect réticulé, variant beaucoup dans les diverses espèces animales.

La ligne de démarcation entre la première et la deuxième zone ne se voit que sur les pièces durcies et résulte d'un artifice de préparation.

Les stries de la zone moyenne occupent plusieurs couches, de sorte qu'elles offrent une apparence croisée. La ligne de Hensen, n'est, du moins chez l'homme, qu'une strie plus large sise à la base inférieure de cette deuxième zone.

La troisième zone est en général repliée, et représente le réseau de Löwenberg, que l'auteur n'a pas encore pu observer chez l'homme.

La situation de la membrane de Corti ne peut être déterminée que très approximativement. La zone interne repose sur la lèvre vestibulaire ; la zone moyenne occupe des positions très variables ; habituellement elle repose sur l'organe de Corti, mais parfois elle peut se renverser sur la zone interne. La troisième zone assure un certain degré de tension de tout l'ensemble de la membrane ; elle repose sur les cellules de Hensen et de Claudius.

D'une façon générale la membrane de Corti n'a pas la consistance d'une muqueuse, mais plutôt une rénitence élastique.

M. L.

Rhinologie, otologie et laryngologie. Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le Dr MARCEL LERMOMEY, médecin des hôpitaux. Paris, Georges Carré, 1894.

Jusqu'à ces dernières années nous ne connaissions le mouvement scientifique de l'étranger que par le récit de rares voyageurs ou par quelques traductions. Nous vivions sur notre fonds sans nous intéresser outre mesure aux efforts de nos voisins. C'est qu'en médecine comme ailleurs, le Français n'est pas d'humeur hasardeuse. En toute sincérité, les fatigues et les soucis des voyages à travers l'Europe nous laissaient parfaitement froids.

Mais voici qu'un « esprit nouveau » a changé nos vieilles habitudes. Dans notre petit domaine notamment, tous les spécialistes comprennent désormais la nécessité d'un pèlerinage vers cette Autriche qui fut le berceau de la laryngologie. Si cet état de choses continue, le temps n'est pas éloigné où nous connaîtrons mieux les étrangers qu'ils ne se connaissent eux-mêmes.

Convaincu de cette idée qu'avant d'être novateur soi-même il faut approfondir les procédés et les méthodes d'autrui, Lermomez a pris, lui aussi, son chemin vers Vienne où il s'est fait élève pour quelques mois. En bon confrère, il a bien voulu faire profiter de son voyage ceux que le destin ou l'humeur paresseuse retiennent au logis. Si nous osions, nous dirions que le livre rapporté de là-bas est comme une de ces bonnes Revues qui charmaient notre jeunesse. Grâce à lui, tout le Vienne de la Spécialité défile sous nos yeux, depuis les maîtres des maîtres, les Politzer et les Schrötter, jusqu'au petit assistant qui opère sournoisement les queues du cornet dont il remplit un bocal évoquant une vague idée de cerises à l'eau-de-vie. Et au milieu de tout cela les élèves des diverses nations, Anglais, Américains, Italiens, bref, cette vie intense d'une Université dont le rayonnement est à l'heure actuelle, dans notre petit coin de science, le plus brillant qui soit au monde !

Dans les deux premiers chapitres, l'auteur nous montre la scène où vont évoluer les divers personnages, et la polyclinique, et l'hôpital général, ce dernier avec ses 2.000 lits, une sorte de Salpêtrière, mais combien plus gai ! « ...Par une de ces chaudes journées des étés danubiens, un jardin plein de fleurs, un fouillis de verdure où chacun va, chacun vient librement. Sous les tilleuls des grandes allées, c'est un grouillement d'élèves qui, entre deux cours, s'y reposent, des malades qui, à toute heure

du jour, y reçoivent leurs parents ; plus loin, des bosquets où serpentent des petits chemins, presque la solitude ; aspirants et assistants, loin du bruit, y dissertent au pied de Türk, qui, de son buste, leur sourit dans sa blancheur ensoleillée... »

Puis vient la machination, je veux dire l'organisation de l'Université, si différente de la nôtre. Ici l'auteur n'a pas craint de dire le fond de sa pensée, il s'applique à montrer comment nos voisins utilisent leurs ressources, alors que nous profitons si mal des nôtres. A Vienne, peu de cours *ex cathedra* où le maître s'étend sur un sujet choisi par les seuls hasards de la vie d'hôpital, pas de cours de « pathologie sèche » dans la sonorité de l'amphithéâtre. Non, un enseignement pratique, qui tend sans cesse à produire le maximum d'effet sur le maximum d'élèves. Et pour cela un moyen bien simple, le libre recrutement des professeurs, dont le nombre reste illimité, et des cours payants. Aussi malheur au négligent qui, satisfait de son titre, s'endormirait en contemplant ses diplômes et négligerait la préparation de ses leçons ! Sa clientèle d'auditeurs déserterait vite les abords de sa chaire pour aller porter ailleurs prestige et profits.

Mais nous ne pouvons nous arrêter plus longtemps sur ce sujet. Déjà en France on s'aperçoit que les rouages de notre organisation grincent et crient la vieillesse. Peut-être, lorsque beaucoup de commissions auront statué, arriverons-nous à cette rénovation que plusieurs désirent, et non des moindres.

Nous connaissons l'Université, on nous a initiés à tout le mécanisme un peu compliqué de sa vie journalière ; nous savons par le menu les formalités à remplir, — la forme ne perd jamais ses droits, — pour obtenir le *dignus intrare*. Le moment est venu de nous présenter les professeurs. Et c'est ici qu'excelle Lermoyez. Accueilli comme il convenait par tout le monde, désireux tout à la fois de rendre hommage à une hospitalité cordiale en demeurant narrateur impartial, il a placé tout le côté sentiment dans cette présentation des maîtres. Et c'est une série de petits portraits légers et aimables où se glisse parfois un trait de douce ironie, par exemple, lorsqu'il nous fait entrevoir les rivalités des personnages mis en scène. Voici d'abord Politzer, avec sa façon d'enseigner, ses méthodes, son musée ; puis son rival Gruber, peu communicatif, « comme si trente ans de vie au milieu des sourds l'avaient déshabitué de parler. » Vient ensuite Urbantschitsch « qui se met en frais pour intéresser son auditoire, avec toute la bonne grâce d'un maître de maison qui reçoit ses hôtes. » Plus loin Schrötter, le miroir sur

l'oreille, ne s'interrompant d'une explication que pour extraire un polype. Puis Zaufal, si moderne, si rigoureusement aseptique, etc.

Après nous avoir fait connaître le personnel enseignant, l'auteur aborde les méthodes de chacun, et trace ici les cinq grandes divisions naturelles, le nez, les sinus, le pharynx, le larynx et l'oreille. Les lecteurs de ces *Annales* ont déjà une idée de cette deuxième partie. Le chapitre des sinus a paru dans le fascicule de janvier de cette année. Aussi nous étendrons nous moins sur ce côté de l'ouvrage.

Pour le nez, l'auteur nous a noté les procédés thérapeutiques employés dans les principales affections de l'organe. Nous aurions beaucoup à citer : par exemple, dans les rhinites hypertrophiques, le traitement de Zaufal qui consiste dans l'arrachement à l'anse froide de la muqueuse entière du cornet inférieur ; ce procédé, tout en étant d'apparence brutale, donne, paraît-il, les meilleurs résultats. L'extraction des queues de cornet pratiquée sans cocaïnisation, très lentement, à l'anse froide, est à noter également. Au paragraphe des déviations de la cloison on trouvera, minutieusement décrits, les procédés d'Hajek, que plusieurs d'entre nous mettent en pratique. De même pour les polypes muqueux dont cet auteur nie énergiquement la récurrence avec preuves à l'appui.

Voici le chapitre du pharynx avec les angines aiguës, la pharyngite granuleuse, les adhérences vélo-palatines, la paresthésie et les végétations adénoïdes. A Vienne comme en France, rien n'est réglé pour l'ablation de ces dernières. Les uns ont recours à la narcose, Politzer notamment ; les autres la condamnent absolument. De même pour les instruments. Politzer fait usage de la pince de Châtellier ; Urbantschitsch emploie celle qu'il a fait construire ; Zaufal se sert du couteau de Gottstein chez les adultes ; chez les enfants il se contente du doigt rigoureusement aseptisé. Schrötter est éclectique, tantôt il se sert de la pince de Schech, tantôt du doigtier métallique. Hajek enlève les végétations à l'aveugle ou sous le contrôle de la vue. Dans le premier cas il met en œuvre la curette, dans le second la pince de Jurasz largement fenêtrée en s'aidant de la rhinoscopie postérieure. Chiari soutient que tous les moyens sont bons pourvu qu'ils soient bien appliqués. Celui dont il use avec une adresse qui tient du prodige consiste à aller cueillir les végétations en haut du cavum par l'orifice antérieur du nez, en se servant de l'anse froide. Ce procédé commode, paraît-il, pour le malade, n'est

pas à la portée de tout le monde et ne saurait entrer dans la pratique vulgaire.

Il faudrait pouvoir parler comme il convient du traitement des laryngites, de la tuberculose et de la syphilis laryngées, ainsi que des tumeurs du larynx. Nous verrions pour ce dernier paragraphe quelle dextérité manuelle Schrötter apporte à l'ablation des néoplasmes que nous enlevons, nous profanes, avec tant de difficulté. Dans le chapitre de l'otologie, nous recommandons ce qui a trait à l'otite sèche ; on y verra décrits les procédés les plus divers, depuis la vieille douche d'air jusqu'à la plicotomie, la synéchetomie, et même l'ablation de l'étrier.

Mais qu'on n'aille pas croire que Lermoyez soit un admirateur enthousiaste et de parti pris des choses de l'étranger. A ce point de vue son œuvre est rassurante, elle nous montre que nous sommes en chemin pour atteindre demain le niveau de ceux qui étaient nos maîtres hier.

L'ouvrage se termine par une sorte de *vade mecum* concernant les choses matérielles. Ici on a philosophé d'abord pour ne songer à vivre que bien après.

Et pour finir, la petite histoire de la femme-fantôme. Lermoyez la recommande aux voyageurs, sans crainte d'offenser la morale et d'encourir les reproches des familles de nos jeunes laryngologistes. Magdalena Gelly est très vieille, très ridée, très misérable d'aspect, mais elle a un talent particulier et peut-être unique. Après des années d'entraînement elle est parvenue à commander à ses réflexes pharyngo-laryngés avec une telle précision qu'elle les supprime ou les exagère à volonté pour habituer l'élève, qui s'exerce sur elle, à surmonter des difficultés croissantes. Elle se rend un compte exact de la situation d'un instrument introduit dans son nez ou son larynx et rectifie la position qu'elle sent défectueuse. « Elle est, paraît-il, très recherchée, ayant toutes les heures de sa journée retenues, comme un médecin à la mode. »

Donc, si vous allez à Vienne, n'oubliez pas de vous enquérir de Magdalena. Mais n'oubliez pas surtout de lire attentivement le livre de Lermoyez. Il vous évitera tous les ennuis des choses mal connues, car avec lui rien n'est laissé à l'imprévu. Et même, si vous restez tranquillement chez vous, parcourez ce livre, il met au point bien des questions, et c'est se perfectionner soi-même que d'apprendre à bien connaître les autres.

F. HELMER.

ANALYSES

I. — OREILLE.

Communication relative à l'étude des organes d'équilibre, par KREIDE (*Centralblatt für Physiologie*, juin 1893, d'après la *Revue internationale de bibliographie médicale*, 25 octobre 1893).

Dans une longue série d'expériences qui ont porté sur les sourds-muets, le Dr Pollak, de Vienne, a trouvé à peu près égaux le nombre de ceux qui présentent des lésions du vestibule et celui des malades qui, en présence d'un courant galvanique constant traversant la tête, ne présentent pas cet ensemble saisissant de phénomènes que l'on a dénommé « Vertige galvanique ». Le Dr Pollak attribue donc l'absence de « Vertige galvanique », à une lésion de l'oreille interne. Dans l'observation du Dr Kreide, il s'agit non d'un malade mais d'un médecin fort bien portant, gymnasiarque consommé, qui ne connaît pas plus le vertige au manège que sur la balançoire. Il n'a jamais été malade. Aucun sourd-muet n'a jamais existé dans sa famille. De même que chez les individus normaux un courant de 6-8 milliampères entraîne chez lui le vertige galvanique. Avec 15-20 milliampères on observe des contractions évidentes des muscles qu'innerve le facial ; il présente des mouvements typiques à l'ouverture et à la fermeture du courant, mais supporte de pareils courants infiniment mieux que les individus normaux même. Les yeux fermés il éprouve la plus grande difficulté à rester immobile sur un pied. On ne peut penser qu'à une lésion congénitale portant surtout sur l'appareil otolithique. Ce qui fait surtout l'importance de cette observation, c'est que le sujet est absolument normal, d'où cette induction qu'un examen minutieux montrerait semblables lésions chez un grand nombre d'individus normaux. Seulement ici c'est l'appareil otolithique qui est principalement atteint, ailleurs, les canaux semi-circulaires présenteront la lésion dominante.

Blessures de l'oreille par armes à feu, par AVOLEDO (*Morgagni*, n° 40 et 41, p. 660, 1893).

A propos d'une observation personnelle, A. fait une étude générale de cette question; voici ses conclusions : 1° Les plaies de l'oreille par armes à feu peuvent se compliquer de nombreux accidents: hémorrhagies, troubles oculaires et mentaux, paralysie faciale; 2° La perte de l'acuité auditive s'observe aussi, mais elle n'est pas aussi constante et toujours aussi complète qu'on ne l'admet en général; 3° Une série d'examen attentifs et prolongés sont nécessaires pour apprécier la diminution de l'acuité auditive; 4° Parmi les nombreuses complications consécutives à la blessure on doit citer la paralysie faciale, les lésions intracrâniennes, les abcès, les psychopathies, les vertiges très intenses et très pénibles; 5° L'extraction des projectiles est indiquée tant pour sauver la vie du malade que pour conserver l'organe toutes les fois que le traumatisme n'a pas déterminé immédiatement des accidents très graves. En terminant A. rapporte un second fait où l'ablation d'une balle quatre ans après la tentative de suicide non seulement améliora l'ouïe, mais fit disparaître des vertiges très pénibles.

A. F. PLICQUE.

Otite moyenne suppurée, carie de la paroi interne de la caisse, paralysie faciale, opération de Stacke. Mort. Autopsie, par LUBET BARBON (*Arch. intern. de laryng.* n° 5, p. 237, septembre-octobre 1893.)

Homme de quarante ans, n'ayant jamais eu d'otorrhée antérieure et chez qui, trois semaines auparavant, ont débuté brusquement des douleurs vives dans le côté droit de la tête, accompagnées d'un écoulement d'oreille. L'apophyse est normale mais très douloureuse à la pression; le tympan présente à son pôle supérieur une petite perforation obstruée par un polype faisant hernie hors de la caisse. On enlève le polype qui récidive; quelques jours plus tard, le 13 juin, les douleurs augmentant, on fait une large paracentèse qui montre des végétations remplissant la caisse. Celles-ci repullulant sans cesse, le 24 juin, extraction du marteau, dont la tête est saine; à la suite de cette intervention, les douleurs diminuent notablement. Le 18 juillet, apparition d'une paralysie faciale. Le 28, opération de Stacke; enlèvement du mur de la logette à la gouge et au maillet; curettage de la

caisse ; tamponnement à la gaze iodoformée. Le lendemain soir, 39°8. Le 26 juillet, mort par méningite.

A l'autopsie, on trouve une carie déjà ancienne de la paroi interne de la caisse; le facial, mis à nu au-dessus de la fenêtre ovale, est réduit en bouillie. La paroi osseuse qui sépare l'oreille moyenne de l'origine des canaux demi-circulaires a disparu. La voûte osseuse du canal semi-circulaire supérieur présente une déhiscence, recouverte immédiatement par la dure-mère. Cette dernière lésion présente grand intérêt. Depuis longtemps, en effet, devait exister cette communication pathologique entre la caisse et l'espace sous-durémérien, par l'intermédiaire des canaux de l'oreille interne. Peut-être la cavité crânienne était-elle protégée par un enkystement de ces lésions, qu'aurait détruit le traumatisme opératoire ? L.-B. pense que « mieux eût valu intervenir « plus tôt, avant la paralysie faciale, alors que les douleurs si vives de la tête et la repullulation des bourgeons charnus indiquaient une lésion osseuse bien nette. Peut-être en ce moment « l'ouverture large, le grattage des parties malades eût-il arrêté « les progrès de la carie de la paroi labyrinthique. »

M. L.

Thrombose septique du sinus latéral ; ligature de la veine jugulaire interne ; extension de la phlébite au sinus latéral du côté opposé, par le Dr HUGH E. JONES (61^e réunion annuelle de l'Association médicale britannique, section d'otologie, *Brit. med. journ.* 9 septembre 1893).

On a pu se demander si, étant donnée la conformation du pressoir d'Hérophile, l'infection pouvait s'étendre d'un sinus latéral à celui du côté opposé. C'est là un fait qui est non-seulement possible, mais encore assez commun. En conséquence, si l'on s'oppose à la marche de l'infection d'un côté en liant la jugulaire interne, on pourrait tenter de l'arrêter également dans l'autre sens. Le procédé à employer serait alors le suivant : 1^o découvrir le sinus latéral aussi près que possible de son abouchement dans le pressoir d'Hérophile, et le comprimer, de manière à éviter l'hémorrhagie ; 2^o enlever le caillot septique d'après les procédés habituels ; 3^o curetter la totalité de la paroi interne depuis le lieu de la compression jusqu'à la courbure sigmoïde du sinus et tamponner avec de la gaze antiseptique. Si l'on enlevait le caillot avant de pratiquer la compression, l'hémorrhagie serait assez

grande pour s'opposer à un curettage et à un tamponnement régulièrement faits.

Suit l'interessante observation qui a suggéré ces conclusions à l'auteur.

MEDEL.

Symptômes et traitement de l'infection septique du sinus latéral (dix observations), par ARBUTHNOT LANE (61^e réunion annuelle de l'Association médicale britannique, section d'otologie, *Brit. med. journ.* 9 septembre 1893).

Après avoir rapporté brièvement ses dix observations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes, que leur importance nous engage à donner *in-extenso* :

1 L'infection septique du sinus latéral est toujours due à l'extension du processus inflammatoire dérivé d'un abcès situé entre l'os et la dure-mère. Ce processus franchit la paroi du sinus. Donc, les symptômes résultant de l'infection sanguine sont toujours précédés et accompagnés des symptômes de cet abcès extra-durémérien.

2^e Les symptômes d'un abcès de ce genre sont ceux d'une lésion de la dure-mère : céphalalgie profonde, dont le centre est le siège de la lésion. C'est pourquoi le diagnostic ne saurait être établi entre une méningite circonscrite et un abcès. Dans ces deux cas, l'intervention aura le meilleur résultat, car on ne peut jamais affirmer qu'en cas de lésion circonscrite de la dure-mère, un abcès ne se collectera pas.

3^e Un abcès extra-durémérien peut causer la mort en produisant une arachnitis suppurée ou en infectant le sinus latéral. Cet abcès peut se vider spontanément par l'antre, la caisse et le méat, ou par les cellules mastoïdiennes ou par la veine mastoïdienne. Mais on ne peut compter sur cette terminaison, et même si elle a lieu, il est indiqué de pratiquer l'antrectomie.

4^e Dans le cas d'un large abcès extra-durémérien, outre l'existence d'une douleur profonde et irradiée, il peut y avoir un degré variable d'arachnitis produisant des symptômes particuliers. Ces derniers varient d'intensité, suivant le degré et l'étendue de l'inflammation (céphalée postéro-inférieure, rétraction de la tête, etc.) Quand la dure-mère est fortement atteinte, on constate ordinairement de la névrite optique. L'intensité de la céphalée paraît être en rapport avec l'étendue de la lésion durémérienne.

5° La sensibilité de l'apophyse, dans le cas d'abcès extra-duremérien, dépend entièrement de sa structure. En cas d'absence des cellules mastoïdiennes, pas de douleurs spontanées ni à la pression. Même dans ce cas, le choc de l'apophyse réveille la céphalée profonde.

6° De la situation de l'abcès extra duremérien dépend l'éventualité de l'infection du sinus latéral. Un abcès extra-duremérien se développe d'ordinaire dans l'otite purulente chronique, et rarement dès l'apparition de cette affection, il ne survient en général qu'après plusieurs récides.

7° Les symptômes de l'infection du sinus s'ajoutent à ceux de l'abcès : ils consistent en écarts brusques de la température.

8° Pour que le développement de foyers secondaires soit possible il suffit que l'inflammation des parois du sinus soit assez intense pour produire une opacité de la tunique interne, même après guérison de l'abcès extra-duremérien.

9° Malheureusement, trop souvent, la thrombose septique passe inaperçue en temps utile, car ainsi que dans le cas d'abcès extra-duremérien, le chirurgien s'attend à trouver de la tuméfaction ou de la douleur sur le trajet de la veine jugulaire interne, symptômes nullement nécessaires de cette affection. En effet, même en présence d'une thrombose du sinus latéral, dument reconnue au moyen de l'élévation thermique, les symptômes de cette thrombose peuvent cesser après évacuation de l'abcès extra-duremérien. Dans l'infection septique du sinus, apparemment sans thrombose, la ligature de la jugulaire interne après évacuation de l'abcès peut faire cesser les symptômes alarmants, une fois que la thrombose s'est effectuée.

10° Mais la ligature de la veine et du sinus dans le cas d'infection septique, ne peut s'opposer à l'apparition des foyers secondaires, même si la coagulation due à la propagation le long des sinus pétreux et du sinus caverneux s'est produite dans le sinus latéral.

11° Dans le cas de thrombose extensive, il ne paraît pas nécessaire d'enlever la totalité du caillot. Ce fait a été mis en lumière par Parkin (de Hull) (*Lancet*, mars 1893). Cet auteur avait trouvé la jugulaire interne thrombosée au delà du point le plus inférieur où il pouvait la lier.

12° Le même fait démontra que la présence de foyers secondaires ne s'oppose pas à la guérison, pourvu que la nutrition ultérieure des emboli soit entravée.

13° Il sera donc sage d'enlever la totalité du caillot, mais son

ablation incomplète ou son maintien ne paraissent pas indispensables.

14° En définitive, le parti le meilleur à prendre dans ces cas sera, après avoir pratiqué l'antrectomie, préliminaire obligé de toute opération de ce genre, lié la jugulaire interne et évacué l'abcès extra-durémérien, d'enlever le plus possible de la portion accessible du caillot ; ou s'il n'y a pas thrombose, de fendre le sinus au delà des limites de l'abcès et de le combler avec de la gaze et de l'iodoforme.

MENDEL.

Sur l'extraction du marteau, par A. EITELBERG (*Archivos internac. de rinol.* n° 33, p. 493, septembre 1893).

L'indication principale de l'extraction du marteau est fournie par la carie de cet osselet, ou encore par la suppuration persistante de l'attique. On commence à entrevoir une nouvelle condition qui autorise cette opération : l'otite scléreuse ayant résisté à tous les autres moyens. E. fait remarquer à ce propos qu'il suffit souvent d'une intervention unilatérale du côté le plus affecté, pour amener une amélioration des deux côtés ; cela est dû à la synergie d'action de deux oreilles, qu'Urban-tschitsch attribue surtout à la contraction énergique des tenseurs du tympan et des stapédius. La ténotomie du tenseur pratiquée d'un côté devrait donc en théorie suffire pour améliorer la contraction du muscle symétrique ; malheureusement, les deux bouts du tendon sectionné ne tardent pas à se réunir ; aussi, mieux vaut-il, pour obtenir un résultat définitif, enlever le marteau.

L'auteur rapporte deux cas opérés dans ces conditions. Dans l'un, il s'agit d'une femme de soixante ans, presque complètement sourde et tourmentée par des bourdonnements, qui, dans les derniers temps, étaient devenus tellement intolérables qu'ils empêchaient tout sommeil ; l'extraction d'un seul marteau fit cesser les bourdonnements des deux côtés. Dans le second cas, l'opération, faite sur un jeune homme de seize ans, n'eut pas un effet bilatéral, mais elle supprima les bourdonnements, et la montre, non perçue au contact, fut entendue à trois centimètres.

Malheureusement, il ne faut pas oublier que l'extraction du marteau, faite dans ces conditions, peut être l'origine d'une suppuration de la caisse dont personne ne peut prévoir l'issue.

M. L.

Appareil pour la gymnastique du tympan et des osselets, par KIRCHNER (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 10, octobre 93).

L'appareil est un spéculum de Siegle auquel s'adapte à la partie inférieure un tube de caoutchouc muni à son autre extrémité d'un embout. Au milieu du tube est une ampoule de verre destinée à filtrer l'air (ouate). On fait la gymnastique du tympan et des osselets avec la bouche sous le contrôle de l'œil.

P. TISSIER.

Mycoïsis de l'oreille, par DAVID et ESTOR (*Archives de méd. et de chir. militaires*, p. 250, septembre 1893).

Chez un individu, qui avait l'habitude de se coucher sur la terre entre les heures de travail, apparut une otorrhée accompagnée de douleurs violentes ; une injection dans le conduit ramena des larves de la *musca carnis*. Il fallut ouvrir l'apophyse mastoïde.

M. L.

Syphilis de l'oreille, par TŒPLITZ (*New-York med. journal*, 7 octobre 1893).

Le labyrinthe fut le premier atteint sans otite moyenne. L'affection débuta en pleine période secondaire en même temps que la roséole et des plaques muqueuses buccales. Ce fut la surdité qui attira l'attention du malade et fit faire le diagnostic de la syphilis. Vertiges. Pas d'inflammation. Guérison par les frictions mercurielles et les injections de pilocarpine.

A. F. PLICQUE.

Association de l'hystérie avec les lésions de l'oreille, par GRADENIGO (*Gaz. degli ospit.*, 28 septembre 1893).

L'hystérie de l'oreille serait fréquente. Chez un hystérique une lésion banale et légère de l'oreille soit inflammatoire, soit traumatique détermine des troubles nerveux locaux et généraux disproportionnés à la lésion. La majeure partie des cas d'otalgies survenant chez des sujets jeunes, des femmes, et qui ne dépendent pas nettement d'une carie dentaire, d'une angine, d'une syphilis sont dus à l'hystérie. Une très légère lésion de l'oreille moyenne suffit à donner une otalgie violente. A. signale aussi l'hypercousie douloureuse, l'hyperesthésie du pavillon du conduit

auditif. Cette hyperesthésie est parfois extrême avec un petit furoncle, un peu d'eczéma, une égratignure du conduit, un peu d'otorrhée. La diminution de l'acuité auditive peut être aussi liée à l'hystérie et est difficile à distinguer d'une affection labyrinthique. Les signes différentiels seraient : conservation relative de l'ouïe pour les sons aigus, l'acoumètre de Politzer, pas de troubles d'équilibre, de vertiges, peu ou pas de bourdonnements, changements fréquents de l'acuité auditive. Enfin G. cite des faits d'hémorrhagies périodiques par l'oreille et de zones hystérogènes de l'oreille. Il signale la simulation de la surdité chez les hystériques.

A. F. PLICQUE.

Pathogénie de l'otite interne, par GRADENIGO (*Gaz. degli ospit.*, 10 octobre 1893).

Deux formes apparentes d'otite interne, l'une due à la propagation d'une otite moyenne, d'un catarrhe chronique de la caisse du tympan, l'autre où l'oreille interne semble primitivement atteinte (syphilis héréditaire ou acquise, parotidite, influenza). Mais même en ce cas il existe des lésions légères de l'oreille moyenne, lésions ordinairement chroniques qui seules expliquent la localisation sur l'oreille interne et sa gravité. Un examen attentif montre non seulement ces lésions, mais de plus un catarrhe chronique du nasopharynx. La prédisposition héréditaire joue de plus un rôle important, bien plus important que ne le font croire les renseignements incomplets donnés par les malades. Un double facteur, hérédité et lésion ancienne, vient donc s'ajouter à l'infection, soit aiguë, soit chronique, qui sert de cause occasionnelle à l'otite interne (influenza, diphtérie, syphilis acquise ou héréditaire, tuberculose). Le rôle de la syphilis est surtout important et nombre de prétendues scléroses sont des lésions de syphilis héréditaire tardive atténuée.

A. F. PLICQUE.

Affections de l'oreille à la suite des oreillons, (parotitis epidemica), par TSAKYROGLOUS (*Monatschr. für Ohrenheilk.* n° 10, octobre 1893).

Un cas d'otite suppurée à droite avec surdité à gauche chez un enfant de 5 ans (il serait bon de savoir s'il n'existait pas de végétations adénoïdes).

Un cas de vertiges avec angoisse, sueurs, difficultés de la station et de la marche, tendance à tomber à droite, guérison.

Un troisième cas analogue au précédent : la quinine supprima les vertiges, mais la surdité persista.

P. TISSIER.

Surdité consécutive aux oreillons, par HAL FOSTER (*Med. record*, 28 août 1893).

F. rapporte un cas de surdité complète consécutive aux oreillons chez un enfant de quatre ans. Rien aux tympans, pas de syphilis, pas de tuberculose, aucun trouble nerveux. L'iodure de potassium, les frictions mercurielles, la pilocarpine, les insufflations restent sans résultat. Le pronostic a été également très grave dans d'autres observations de Pomeroy, de Thomson. La surdité apparaît presque toujours très brusquement et F. l'explique par une maladie labyrinthique.

A. F. FLICQUE.

Lésions labyrinthiques dans un cas de surdité leucémique, par WAGENHAUSER (*Arch. für Ohrenheilk*, Bd. 34, Hft 3).

Une femme de 35 ans, atteinte de leucémie depuis avril 1889, devient subitement sourde en octobre 1890, en même temps que se produisait au bras et à la cuisse du côté droit une infiltration profonde due vraisemblablement à des hémorrhagies interstitielles. Surditée accusée au point qu'on ne peut correspondre avec la malade que par écrit; aucune donnée sur l'existence ou la non existence de vertiges, de bruits d'oreilles; épreuve fonctionnelle de l'ouïe non faite, collapsus subit et mort le 27 mai 1892.

L'autopsie confirme le diagnostic de leucémie. Oreille externe et caisse normales. Dans l'oreille interne de chaque côté, lésions histologiques suivantes: 1° *Limaçon* : les lésions occupent surtout les tours de spire supérieur et moyen; rampe vestibulaire remplie à leur niveau d'un extravasat formé de globules rouges et blancs; dans le tour de spire inférieur de la rampe vestibulaire il n'existe sur le bord de la lame spirale osseuse qu'une mince traînée de substance granuleuse avec quelques grosses cellules rondes isolées ou par groupes de 8 à 10; ces dernières lésions se retrouvent dans toute l'étendue de la rampe tympanique. Canal cochléaire rempli d'une substance granuleuse dans laquelle on distingue le contour de rares cellules. 2° *Vestibule* : dans l'utri-

cule, extravasat abondant avec de nombreuses cellules arrondies et volumineuses. Périoste épaissi sur la paroi interne du vestibule ; entre cette paroi et celle de l'utricule, tissu conjonctif de néoformation. 3° *Canaux semi-circulaires* : c'est là que les lésions sont le plus accusées. L'espace péri-lymphatique est comblé en certains points par du tissu conjonctif parcouru par des vaisseaux de nouvelle formation, en d'autres par du tissu osseux ; ce dernier comprime par places les canaux semi-circulaires membraneux dont la section prend alors une configuration réniforme.

Dans ce cas la lésion primitive aurait été une hémorragie des deux labyrinthes ; consécutivement se serait opéré dans les régions voisines un processus inflammatoire qui aboutit ultérieurement à des néoformations conjonctives et osseuses.

M. BOULAY.

II. — NEZ ET SINUS

Epistaxis d'origine grippale, par ROALD (*Med. record* 14 octobre 1893).

B. signale quatre cas d'épistaxis d'origine grippale inquiétants par leur intensité. Dans l'un l'hémorragie survint au cours de la maladie, dans les trois autres au déclin de l'attaque. Elle avait été préparée dans les quatre cas par des lésions préexistantes de rhinite avec obstruction nasale. Le tamponnement donna de très mauvais résultats : hémorragies revenant après l'ablation des tampons, érysipèle. B. préfère de beaucoup le galvano-cautère et de simples pansements-tampons avec des rouleaux de gaze mis d'avant en arrière. Ceux-ci suffisent souvent seuls.

A. F. PLICQUE.

Abcès du méat inférieur d'origine dentaire ; incision ; curettage ; guérison, par H. MENDEL. (*Arch. intern. de laryng.*, n° 5, p. 271. septembre-octobre 1893).

A la suite d'une tentative d'extraction d'une dent supplémentaire située derrière la première incisive gauche supérieure, il se produisit une fluxion à évolution rapide ; bientôt s'établit un écoulement purulent par la narine gauche avec fétidité perçue par le malade et douleurs sus-orbitaires violentes. Cependant,

on put exclure le diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore; et comme le méat inférieur gauche était convexe, rénitent, douloureux, on inclina vers l'idée d'un abcès du méat. Après incision de cet abcès, curettage et tamponnement à la gaze iodée, l'écoulement ne tarda pas à se tarir.

M. L.

Notes sur la pathologie de la rhinite hyperesthésique périodique (fièvre des foins) et sur son traitement par l'acide acétique glacial par CH. E. SAJOUS (de Philadelphie). (*The univers. med. journ.* vol. 4, p. 253. septembre 1893).

Les médecins américains ont de tout temps mieux étudié que leurs confrères d'Europe la fièvre des foins, qui forme un gros chapitre de la pathologie du Nouveau-Monde. Résumant une théorie personnelle appuyée sur une série d'hypothèses ingénieuses, S. la dénomme *rhinite hyperesthésique* : et il conclut à un traitement rationnel qui lui a donné jusqu'ici une série d'éclatants succès. Celui-ci mérite d'être exposé. La médication la plus efficace qui ait encore été employée est la cautérisation galvanique de la muqueuse nasale, faite de préférence pendant le mois qui précède l'explosion du paroxysme annuel ; ce traitement a pu parfois guérir complètement le malade, mais en général son action est passagère, et il demande à être repris tous les ans. Comme l'a fait remarquer Greville Macdonald, il a son maximum d'effet chez les malades qui présentent des lésions graves des fosses nasales, polypes, éperons, etc. Cependant ce procédé a le défaut de mettre en œuvre un appareil trop important, si bien qu'au bout d'un ou deux ans, le malade, en partie effrayé, en partie découragé, renonce à la cautérisation annuelle qui lui est nécessaire. La cautérisation avec les agents chimiques ne présente pas ces inconvénients ; la difficulté consiste à bien choisir le caustique. L'acide phénique a une odeur très désagréable ; l'acide chromique produit des phénomènes d'intoxication, pour peu qu'on l'applique sur une surface étendue. L'acide acétique glacial n'a qu'un inconvénient, celui d'être d'une application douloureuse ; mais la cocaïne le rend très tolérable. C'est donc le caustique de choix.

D'après la théorie de S. il faut, pour supprimer l'accès de fièvre des foins, rendre insensible toute la muqueuse de la région respiratoire des fosses nasales ; et pour cela, altérer suffisamment l'épithélium cilié de façon à atténuer son influence

excito-motrice sur les terminaisons du trijumeau, qui se mettent en rapport avec lui, et à paralyser l'action des cils vibratiles. Or, l'acide acétique a essentiellement sur ces derniers l'effet cherché : et il les empêche de retenir à la surface de la pituitaire les particules irritantes qui provoquent l'accès paroxystique. Cette cautérisation doit donc être superficielle, mais très étendue. Voilà pourquoi l'acide acétique est préférable au galvanocautère dont l'action est trop profonde, mais surtout trop localisée.

Après cocaïnisation préalable l'acide acétique sera porté sur la muqueuse nasale, non pas à l'aide d'un porte-coton, mais avec une sonde à rainures, qui en permettra une application plus précise, d'autant plus qu'il importe que la cautérisation s'arrête à la frontière de la zone olfactive des fosses nasales. Grâce à la cocaïne (solution au dixième) le malade n'éprouve aucune douleur ; et s'il retient momentanément sa respiration, il ne perçoit même pas l'odeur piquante des vapeurs d'acide acétique. La cautérisation doit porter sur toute l'étendue de la partie respiratoire des deux fosses nasales, sans s'attarder à vouloir la localiser à de prétendues zones spasmogènes ; on commence par toucher les parties les plus en vue, bord inférieur du cornet moyen, cloison ; le mieux est de ne cautériser qu'une narine à la première séance et de se guider sur les résultats éprouvés par le patient pour régler les interventions ultérieures. Les cautérisations peuvent être faites tous les deux jours : et il sera nécessaire de revenir deux ou trois fois sur le même endroit, pour que l'acide pénètre bien toutes les couches épithéliales. Dans l'intervalle, le malade protégera avantageusement sa muqueuse nasale contre les irritations extérieures en y pulvérisant de l'huile d'amandes douces camphrée et thymolée ; S. préfère l'huile végétale aux huiles minérales qui au bout de quelques jours amènent dans le nez une sensation d'odeur désagréable.

Le meilleur moment, quand on en a le choix, pour commencer le traitement, est de deux à trois semaines avant le début du paroxysme annuel.

Comme traitement palliatif, pendant la crise une fois déclarée, S. ne connaît pas de meilleur traitement que les badigeonnages du nez avec une solution de cocaïne à cinq ou dix pour cent ; mais ce remède ne doit être appliqué que tous les deux jours et par le médecin lui-même. Dans l'intervalle, le malade prendra chaque jour de deux à douze pulvérisations d'huile d'amandes douces mentholée au dixième ; à l'intérieur, le sulfate d'atropine sera d'une utilité réelle.

M. L.

Observation rhinologique, par J. HERZFELD (*Monatschr. für Ohrenheilk.* n° 9, septembre 1893).

La première observation est un cas de corps étranger du rétropharynx, enlevé sous le chloroforme, la tête en position déclivée. Cette position a l'avantage de ne pas exposer à la chute du corps étranger dans les voies aériennes.

Le second fait est un cas d'érysipèle de la muqueuse du septum. Le malade atteint d'empyème du sinus maxillaire gauche eut un érysipèle de la face à début nasal. L'érysipèle tombé, il se montra un abcès de la cloison, formant une tumeur arrondie, lisse, rouge intense, saillante et visible par l'orifice des narines. L'abcès, (perforation de la cloison) proéminait des deux côtés; par un traitement antiseptique il y eut guérison et fermeture de la perforation.

PAUL TISSIER.

De la céphalalgie dans les affections nasales, par P. HEYMANN (*Arch. intern. de laryng.* n° 3, p. 262. septembre-octobre 1893).

Les maladies du nez et de ses annexes sont une cause fréquente de céphalalgie, et leur traitement en amène souvent la guérison. Il ne faut cependant pas dire avec Schnetter que sans maladie du nez il ne peut y avoir de céphalalgie; de telles exagérations ont fait le plus grand tort à la diffusion de la rhinologie dans les masses médicales, en provoquant leur [septicisme même à l'égard de faits les mieux observés.

H. compte quatre modes de production de la céphalalgie d'origine nasale.

1° Souvent, il s'agit d'une fausse localisation; le malade croit percevoir dans la tête des douleurs nettement nasales.

2° Il se peut encore y avoir irradiation. Ainsi les sinus maxillaires et sphénoïdaux sont innervés par la seconde branche du trijumeau, et cependant les douleurs qui en émanent sont perçues généralement dans la sphère de la première branche de ce nerf, et prises pour des maux de tête.

3° Vient ensuite la céphalalgie réflexe, qui a déjà tant fait couler d'encre; elle peut être provoquée par l'irritation des terminaisons nasales du trijumeau (chatouillements, pressions, plaies, etc.) ou par l'excitation des fibres terminales olfactives (odeurs fortes).

4° Le quatrième mode de production de la céphalalgie nasale a pour cause la compression des vaisseaux de la pituitaire : rameaux d'origine des veines ethmoidales, qui communiquent largement avec les veines de la dure mère et le sinus longitudinal supérieur; rameaux lymphatiques du nez, en communication par la lame criblée avec les espaces sous-duremériens et sous-arachnoïdiens. Toute stase veineuse ou lymphatique des fosses nasales pourra donc se propager au cerveau.

On ne peut préjuger de l'origine nasale d'une céphalalgie ni par son mode (lourdeur de tête, déchirure générale migraine), ni par son siège (frontal, occipital, sus-orbitaire, etc.) Seule l'exploration minutieuse du nez, la constatation de lésions graves ou simplement de l'existence de zones hyperesthésiées, dont la cocaïnisation fait momentanément disparaître la douleur, tandis que l'attouchement l'exaspère, permet un diagnostic précis.

M. L.

Traitement radical des obstructions du canal nasal, par CALDWELL (*New-York med. journal*, 21 octobre 1893).

C. attaque le canal nasal par le nez en enlevant tout d'abord avec une tréphine électrique l'extrémité antérieure du cornet moyen, puis tout le tissu éburné qui produit l'obstruction. Une sonde lacrymale introduite aussi loin que l'obstruction le permet sert de guide. Ce procédé, mieux que tous les autres, amènerait la guérison radicale de l'épiphora.

A. F. PLICQUE.

De l'emploi de quelques nouvelles combinaisons d'aluminium dans le nez et la gorge, par P. HEYMANN (*Monatschr. für Ohrenheilk.* n° 10, octobre 1893).

Le salicylate d'aluminium (salumine) est astringent mais irritant (rhinopharyngite sèche), il s'emploie en insufflation, en solution aqueuse ou glycinée. Le tannal, (tannate d'aluminium) insoluble comme le précédent, mais comme lui formant un sel double soluble, est un astringent pur irritant. Il est très utile en inhalations et en gargarismes.

Le gallal (gallate d'aluminium) est légèrement astringent.

PAUL TISSIER.

De l'emploi de la teinture d'iode dans les maladies de la gorge et du nez, par WROBLEWSKI (*Gazeta Lekarska*, octobre 1893).

Ce médicament, employé en badigeonnages, donne de bons résultats dans l'ozène et la pharyngite atrophique ; il peut être nécessaire de cocaïniser préalablement la muqueuse. W. en a également obtenu d'excellents effets contre les suppurations invétérées du sinus maxillaire.

M. L.

Contribution à l'étude des suppurations des cavités accessoires du nez, par le Dr SCHUSTER (*Deutsche med. Wochenschr.* n° 38, 21 septembre 1893).

L'auteur revendique la priorité de l'idée de l'emploi du stylet dans le diagnostic des affections obscures des fosses nasales. Il renvoie à son travail sur la pathologie et la thérapeutique de la syphilis du nez paru dans l'« *Archiv. f. Dermatol. und Syphilis*, 1878 », dans lequel il a insisté sur la nécessité de l'exploration des fosses nasales par le stylet que dernièrement Grünwald a si chaudement recommandée.

Schuster rapporte encore un cas de suppuration du nez remontant à douze ans et ayant débuté par un érysipèle. Dans ce cas, la suppuration provenait du sinus sphénoïdal dont les parois étaient cariées. A la fin de son travail, l'auteur émet l'opinion que dans la description des suppurations du nez on ne doit pas négliger, comme le fait Grünwald, les affections nasales syphilitiques, car beaucoup de processus syphilitiques du nez se présentent comme des affections circonscrites à l'une ou l'autre des cavités accessoires à l'instar des affections suppurées non syphilitiques. Pour preuve de son dire, l'auteur donne quelques exemples.

LICHTWITZ.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Papillite linguale, par J. B. DUPLAIX (*Gazette des hôpitaux*, n° 122, p 1156, 24 octobre 1893).

Certains malades présentent une affection de la langue jusqu'ici mal déterminée, qui par la persistance des douleurs qu'elle

provoque en fait de véritables hypochondriaques. Ces malades ne se plaignent que d'une chose : ils ont mal à la langue. Cette douleur est toujours localisée aux deux tiers antérieurs de l'organe, plus marquée à la pointe et sur les bords. Elle consiste tantôt en brûlure continue, tantôt en crises lancinantes à caractère névralgique ; au moment du repas, il y a une exaspération telle que beaucoup de malades se privent de manger. On ne constate aucun trouble du goût, ni de la sécrétion salivaire ; la sensibilité générale de la langue est normale, même dans les parties les plus atteintes.

En examinant avec soin à la loupe les régions douloureuses, on y voit de petites taches rouge vif, points exulcérés au niveau desquels le contact du stylet provoque une douleur très vive et réveille souvent une crise ; partout où il y a cuisson, on retrouve ces lésions ; ce sont donc bien là les causes de la douleur. Les papilles caliciformes et fungiformes sont intactes ; c'est au niveau des papilles filiformes que siègent les altérations ; celles-ci sont comme abrasées, laissant à nu une surface excoriée, sur laquelle agissent continuellement les agents irritants.

Le seul moyen de faire disparaître les douleurs qui tourmentent les malades est de détruire les points exulcérés par des cautérisations au galvano-cautère. Ce traitement est toujours suivi d'un effet heureux, mais il est très long, car, on ne peut agir tout au plus que sur deux à six points dans une même séance, pour que les cautérisations soient bien supportées par les malades ; et souvent aussi il arrive qu'entre deux séances de nouveaux points de papillite se développent, ce qui retarde la guérison.

M. L.

Pharyngite des priseurs, par DESHAYES (Société de Médecine de Rouen, in *Mercredi médical* n° 40, p. 487, 4 octobre 1893).

L'auteur, après avoir signalé les dangers du tabac sous toutes ses formes, insiste plus particulièrement sur les accidents produits par le tabac à priser.

Le tabac à priser cause la perte de l'odorat, il produit quelquefois l'ulcération des fosses nasales ; la poudre, franchissant les fosses nasales postérieures, enflamme le pharynx, le larynx et même l'œsophage et l'estomac.

Il cite le cas d'un curé de 55 ans, robuste, bien constitué, mais priseur émérite, qui se plaignait d'une toux opiniâtre avec une sensation de sécheresse dans la bouche. Une première saison à

Enghien n'avait pas amélioré son état. Tous ces troubles disparurent avec la suppression du tabac.

Il cite également le cas d'un autre curé de 35 ans, bien portant aussi, qui était tourmenté d'une toux quinteuse avec sensation de gêne dans le gosier, besoin fréquent d'expectation, etc.

L'examen du pharynx décèle chez lui la présence de deux grains de tabac sur la face postérieure des amygdales.

Les priseurs sont aussi prédisposés à l'érysipèle. Les ouvrières des manufactures de tabac sont pour la plupart anémiées, pâles et décolorées et sont aussi atteintes de pharyngite.

Du traitement des angines par les inhalations d'air surchauffé, goudronné et de créosote phéniquée, par FABRE (*Bulletin gén. de clin. et de thérap.*, 15 septembre 1893).

M. A. Fabre a traité avec succès quarante cas de grippe avec angine inflammatoire, au moyen des inhalations d'air surchauffé créosoté. Dix cas d'angine pullacée ont rapidement guéri par l'administration de ce mode de traitement. La composition du mélange était la suivante : créosote de hêtre, 5 grammes ; acide phénique cristallisé, 50 centigrammes. Trois cas d'angine gangréneuse et un cas d'angine diphthérique traités par ces inhalations ont été vite améliorés et guéris.

F. HELME.

Angine couenneuse provoquée, par PERRIN (*Archives de méd. et de chir. militaires*, p. 243, septembre 1893).

Les soldats la produisent artificiellement en frottant la gorge avec le doigt chargé de poudre de cantharides. Il en résulte une inflammation pseudo-membraneuse de la bouche et du pharynx, qui ressemble beaucoup à l'angine diphthérique, mais en diffère par l'absence d'adénopathie et de phénomènes généraux. L'examen bactériologique peut aussi servir à affirmer un diagnostic douteux.

M. L.

Maladies diphthéroïdes, par ESCHERISCH. (*Wien med. Press.* 1893).

Les cas dans lesquels on trouve le bacille de Löffler sont seuls de la vraie diphthérie. Dans d'autres causés par d'autres micro-

organismes, l'aspect est diphtéroïde, spécialement dans la scarlatine. Celle-ci doit pénétrer par les amygdales. Les diphtéritiques doivent être isolés des scarlatineux.

L. R. RÉGNIER.

Le Bacille de Loeffler dans la gorge des diphtéritiques, par TOBESSIN (*Centralbl. für Bacter.* 1893).

Sur 46 cas de diphtérie examinés après guérison, l'A. a trouvé les bacilles persistant après la guérison dans 24 cas quelques jours après la cure, du 16^e au 22^e jour le plus souvent et dans un cas le 31^e. Dans aucun cas la maladie ne fut propagée à la famille.

L. R. RÉGNIER.

Contribution à l'anatomie pathologique des reins dans la diphtérie, par BERNHARD et FELSETHAL (*Archiv. für Kinderheilk.* Band. 16, Heft. 3).

L'examen porte sur 24 cas. Microscopiquement les organes apparaissent tantôt congestionnés et hypertrophiés, tantôt anémiés. Dans les cas graves seuls la consistance est augmentée. Le microscope démontre la dégénérescence du parenchyme causée par la néphrite toxique due aux poisons produits par les bacilles de la diphtérie.

L. R. RÉGNIER.

Symptômes cliniques des affections diphtéritiques du rein, par BAGINSKY (*Archiv. für Kinderheilk.* Band. 16, Heft. 3).

L'auteur distingue les types suivants : 1^o Cas légers, on trouve des éléments morphologiques dans l'urine, l'albuminurie légère ne persiste pas. 2^o Cas graves associés aux formes malignes et à la septicémie. Beaucoup d'éléments morphologiques dans l'urine, épithélium, albuminurie abondante, diminution de la sécrétion. 3^o Combinaison des symptômes de néphrite avec l'adynamie cardiaque. Les symptômes d'adynamie cardiaque prédominent mais le pronostic est assombri par les complications rénales qu'aucune médication ne peut prévenir. Le traitement consiste dans l'usage des eaux alcalines, des préparations de fer et de quinquina. Lorsque l'albuminurie a disparu, régime carné légèrement stimulant, et dans les cas d'adynamie, médication antiseptique. Dans les cas d'albuminurie persistante, la médication astringente est très utile.

L. R. RÉGNIER.

Etiologie, statistique et traitement de la diphtérie, par PHILIPPE (Berlin) (*Archiv. für Kinderheilk.* Band. 16, Heft. 3).

A l'hôpital des enfants de Berlin, il y a eu pendant les années 1891-92, 420 malades en traitement. Dans 366 cas l'examen bactériologique a été fait. Dans 132 cas on a trouvé le bacille de Löffler; les autres étaient des angines aiguës et diverses infections. Les cas de diphtérie bactériologiquement démontrés ont donné 39 % de mortalité. Dans 123 cas la trachéotomie a été pratiquée avec 31 guérisons. Dans 60 % des cas la diphtérie a été suivie de paralysie.

L. R. RÉGNIER.

Longue durée de la contagion de la diphtérie, par TEZENAS DU MONCEL (Communication à la Société des sciences médicales de Lyon, in *Lyon médical*, n° 38, septembre 1893).

Sur 50 diphtéritiques convalescents, Tézenas a toujours trouvé le bacille de Löffler. Il a remarqué que dans tous les cas de coryzas persistants consécutifs à la diphtérie, le mucus nasal renfermait des bacilles. Il a observé des malades dans la cavité buccale desquels il y avait des bacilles au bout de 22, 33 et même 53 jours !

M. Bar est très heureux de ce travail, il corrobore ses idées et fera peut-être comprendre l'urgence de créer un hôpital de convalescence pour la diphtérie.

M. Lépine rappelle que le coryza post-diphtéritique est considéré comme cause possible d'une contagion depuis fort longtemps, et que c'était déjà notion classique il y a 30 ans.

F. HELME.

Diphtérie associée à la scarlatine; étude clinique, par WILLIAM P. NUNN (*Annals of gynecology and pædiatry*, octobre 1893).

1° Les angines pseudo membraneuses qui se montrent si souvent au cours de la scarlatine sont de la diphtérie vraie.

2° L'association de la diphtérie à la scarlatine en accroît la mortalité.

3° Les complications nasales et laryngées sont plus fréquents dans ce cas que dans la diphtérie isolée.

4° La paralysie peut succéder à cette affection.

5° La diphtérie scarlatineuse peut communiquer la diphtérie sans scarlatine à ceux qui ont déjà contracté la scarlatine comme à ceux qui ne l'ont pas encore eue.

M. L.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Battements du larynx coïncidant avec des anomalies vasculaires, par LITTEN (Société de médecine interne de Berlin. Séance du 6 novembre, in *Semaine médicale*, 13 novembre 1893).

L'auteur a observé une femme de cinquante ans, atteinte de palpitations de cœur et qui présentait des battements très pénibles au niveau du larynx ; à chaque systole cet organe était soulevé et déplacé un peu à gauche ; ces mêmes battements existaient le long de la trachée. A l'autopsie on constata qu'au niveau de la crosse de l'aorte il existait non pas trois, mais quatre troncs artériels. Le tronc supplémentaire avait le volume de la radiale et était situé entre la carotide et la sous clavière gauche. Il se bifurquait, au niveau du second anneau de la trachée, en trois branches se ramifiant dans le corps thyroïde.

M. L.

Spasme réflexe glosso-labio-laryngé dû à la présence d'un corps étranger au voisinage du nerf occipital gauche, par PACINOTH et GALEIANI (*Gaz. degli ospit.*, n° 58, 1893).

Chez un jeune homme de trente ans il existait depuis fort longtemps un spasme tonique des muscles de la nuque du côté gauche avec troubles de la parole, de la déglutition, de la mastication, rappelant le syndrome paralysie glosso-labio-laryngée. Douze ans avant il avait été frappé à la tête d'un coup de pot. Il existait une cicatrice avec une petite induration. L'ablation de la cicatrice fut faite, on trouva au centre de la nodosité voisine du nerf occipital un petit fragment de porcelaine. Guérison des troubles spasmodiques.

A. F. PLICQUE.

Inflammation des voies respiratoires supérieures par des inhalations de poudre insecticide, par SPRALLING (*Med. record*, 4 novembre 1893).

Cette poudre probablement à base de pyrèthre avait été répandue à profusion dans l'appartement. Les trois personnes de

la famille présentèrent des accidents : rhinite, pharyngite, enrouement, otite catarrhale, que S. rapproche de l'asthme des foin.

A. F. PLICQUE.

Sarcome du larynx par ALFRED BRUCK (*Berlin. klin. Wochensch.*, p. 890, n° 37, 11 septembre 1893).

Homme de 57 ans ; en mars 1892, on constate sur la bande ventriculaire droite une tuméfaction, cachant presque complètement la corde vocale correspondante. L'iodure de potassium à l'intérieur et les attouchements à la glycérine iodée, bien qu'il n'existât aucune raison de songer à la syphilis, firent disparaître la tuméfaction et diminuer la toux et l'enrouement.

En novembre, de nouveau le malade revient pour de l'enrouement et de la gêne respiratoire ; on constate une tuméfaction diffuse de la moitié droite du larynx proéminent par places au-delà de la ligne médiane. La corde droite n'est visible que sur une faible étendue à la partie postérieure.

La bande ventriculaire, d'aspect normal, à muqueuse absolument saine, est repoussée en haut et en dedans et au-dessous d'elle cachant à peu près totalement la corde vocale, une tumeur lisse, gris rougeâtre, repoussant la bande ventriculaire et du volume d'une grosse noisette. Le reste du larynx est intact sauf une légère tuméfaction de la paroi postérieure.

On diagnostique un sarcome et pour plus de sûreté on enlève avec la curette de Landgraf trois fragments de la tumeur. Examen histologique : sarcome globo-cellulaire.

Opération le 12 novembre. Trachéotomie supérieure, canule hémostatique à éponge, de Hulm. Ablation de ganglions cervicaux tuméfiés et dégénérés semi-extirpation du larynx. On remplace la canule par une canule ordinaire et on tamponne à la gaze iodoformée la partie supérieure du larynx. Le soir de l'opération, 38° 6, 39° 4, mauvais état général, mort le troisième jour dans le coma.

Le diagnostic de sarcome globo-cellulaire fut confirmé. Il s'agissait vraisemblablement d'un sarcome secondaire, ayant débuté dans les ganglions cervicaux.

PAUL TISSIER.

Corps étranger du larynx. par GAILLARD (*Médecine moderne*, n° 78, 30 septembre 1893).

M. Gaillard, médecin-major, a présenté à la Société de médecine de Grenoble un morceau de viande de 55 millimètres de long sur 30 millimètres de large, qu'un militaire, en buvant à grands traits le bouillon de sa gamelle, s'était introduit dans le larynx. La mort est survenue en moins de 2 minutes, sans que le malade puisse parler ni faire un seul mouvement respiratoire. A l'autopsie on a trouvé le corps étranger occupant l'espace sus-glottique et pénétrant entre les cordes vocales étroitement appliquées sur lui.

F. HELME.

Abcès périlaryngé dû à l'actinomycose. par C. POLI (*Bollet. de la R. Acad. med. di Genova*. vol. 8, n° 7).

Un homme de 25 ans, se plaignant de difficulté de la déglutition, d'un peu de toux et d'une légère raucité de la voix, présentait, outre les signes d'une pharyngo-laryngite catarrhale chronique, un refoulement en masse du larynx en arrière et à droite. Sur la partie latérale gauche du cou, au-dessus du cartilage thyroïde, il existait une tuméfaction qui s'était développée progressivement depuis deux mois et demi, à la suite d'une angine phlegmoneuse. A ce niveau les téguments étaient d'un rouge violacé ; au centre de l'intumescence il y avait une fluctuation évidente. Incision, écoulement d'un pus renfermant de petites granulations couleur de soufre que l'examen microscopique montra être des grains d'actinomycose ; agrandissement de l'incision, curetage, pansement à la gaze iodoformée. Guérison. Il résulte de cette observation que le pronostic de l'actinomycose est favorable quand le foyer est accessible à l'intervention chirurgicale. D'autre part, ce fait montre une fois de plus quelle est la porte d'entrée habituelle des actinomycètes : on sait que le microorganisme se trouve à l'état libre ou calcifié dans la bouche de l'homme et de beaucoup d'animaux où il trouve aisément un asile dans les lacunes amygdaliennes ; il est probable que dans le cas présent l'amygdalite phlegmoneuse antérieure avait ouvert aux actinomycètes une voie de pénétration dans les tissus.

M. BOULAY.

Le procédé du Dr Laborde dans une opération de trachéotomie,
par M. DENUÉ (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*,
n° 41, 8 octobre 1893).

Il s'agit d'un malade atteint de cancer du larynx, qui, au cours d'une trachéotomie, faite sous le chloroforme, cessa de respirer, bien que la canule eût été bien placée dans la trachée. La respiration revint, d'abord irrégulière, plus tard bien réglementée, sous l'influence des tractions rythmées de la langue faites suivant le procédé de Laborde.

M. L.

Discussion sur le traitement chirurgical des matoidites et de leurs complications, (61^e réunion annuelle de l'Association médicale Britannique, section d'Otologie, *Brit. med. journ.* 9 septembre 1893).

Prof. W. MACEWEN. Après l'ouverture de l'antre, l'auteur a pour habitude de découvrir l'attique en prolongeant la brèche osseuse. On peut alors extraire les osselets, et curetter les fongosités. Puis, on examine à l'aide d'une forte lumière le tegmen tympani, s'il est érodé, on l'ouvre largement en mettant à nu la dure-mère et le cerveau au besoin. On peut ouvrir par ce point les abcès cérébraux : on peut y arriver par un point plus élevé et extraire par là des lambeaux de tissu cérébral gangréné, qui ne pourraient s'éliminer autrement.

Si le sinus latéral est atteint, on le débarrasse des caillots septiques ; puis, on décolle la paroi externe du vaisseau de la paroi osseuse, et on l'accrole à la paroi interne, au moyen d'un tamponnement iodoformé. Cette méthode paraît à l'auteur plus sûre que la ligature.

Si la profondeur des lésions (portion pétreuse du temporal) ne permet pas une évacuation complète, l'auteur préfère laisser ouvert un passage entre le foyer morbide et l'extérieur : ce passage s'épidermise ultérieurement.

Le Prof. VICTOR HORSLEY pense qu'après un an de traitement médical antiseptique, l'otite purulente chronique doit être traitée chirurgicalement. Si, après cette période, on n'a pu obtenir la disparition des granulations et de la suppuration, on devra ouvrir l'antre et la caisse, de façon à réunir ces deux cavités. En présence de la phlébite du sinus latéral, Horsley est d'avis de pratiquer la ligature de la jugulaire.

Le Dr H. E. JONES appelle l'attention sur une méthode destinée à déterminer l'état de l'apophyse avant l'opération. Il se sert dans ce cas d'un otoscope ordinaire et d'un diapason appliqué sur l'apophyse mastoïde. Il a obtenu les résultats suivants :

1° Dans la grande majorité des cas, le diapason était perçu le mieux et le plus longtemps, lorsqu'on le plaçait au niveau de la petite dépression désignée par Macewen sous le nom de triangle supra-méatal ; ce triangle est situé au-dessous de la ligne zygomatique postérieure et un peu au-dessus et en arrière du méat osseux.

2° Dans quelques cas, le son paraissait uniformément bien transmis, on trouva alors dans la mastoïde une masse cholesteatomateuse, ou une apophyse éburnée.

L'auteur pense qu'on pourrait peut-être, à l'aide de ce mode d'exploration, déterminer la situation du sinus latéral.

MENDEL.

Nouvelle méthode de trépanation de l'apophyse mastoïde, par
R. MONGARDI (*Bollet. delle malat. dell'orecch.* n° 8, 1893).

Ce procédé consiste : 1° à pratiquer dans un premier temps l'incision précoce de Wilde ; 2° à ouvrir ensuite les cellules mastoïdiennes, le jour même ou un des jours suivants, à l'aide d'un trépan de dentiste dont l'extrémité porte une graduation en millimètres. On refoule d'abord le périoste sous l'anesthésie cocaïnique ; puis on trépane dans une direction parallèle à l'axe du conduit, à la hauteur de la paroi supérieure de celui-ci, à un centimètre en arrière de sa paroi postérieure ; à quinze millimètres de profondeur le trajet ainsi créé aboutit à l'antre. La rapidité et l'uniformité de la rotation de l'instrument rendent l'opération peu douloureuse ; 3° à débarrasser l'oreille moyenne (antre, caisse, trompe) du pus et des mucosités qui l'encombrent à l'aide d'une injection intratympanique d'huile de vaseline stérilisée, à curetter la cavité mastoïdienne avec de petites curettes tranchantes larges de 2 à 4 mm., à pratiquer enfin des lavages antiseptiques. On maintient l'ouverture de la plaie à l'aide de mèches de gaze enduite de vaseline iodoformée, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus trace de pus. Par ce procédé la chloroformisation est inutile, et l'opération peut être faite sans aide.

M. BOULAY.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE-HONGRIE.

Oreille.

C. Seydeler. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem äusseren Gehörgang bei überhängendem Kopfe (enlèvement d'un corps étranger du conduit auditif externe, la tête penchée). (*Berlin klin. Woch.*, 22 août 1892).

G. Krepuska. Ein bei der operativen Eröffnung der Warzenfortsatzes vorgekommenes seltenes Verhältniss (gleichzeitige Eröffnung des Processus condyloideus des Hinterhauptbeines) (accident rare survenu pendant la trépanation de l'apophyse mastoïde. Ouverture consécutive de l'apophyse condyloïdienne de l'os occipital). (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, etc., juin 1892).

Lewin. Ménièreschen Krankheit (maladie de Ménière). (*Berl. dermat. Ver.*, 1^{er} décembre 1891; in *Berlin klin. Woch.* 23 août 1892).

J. Niemack. Zur Histologie der Ohrpolypen (histologie des polypes de l'oreille). (*Arch. für Ohrenheilk.* Bd. 34, h. 1 u 2, 1892).

Ostmann. Druck und Drucksteigerung im Labyrinth (pression et accroissement de pression dans le labyrinthe). (*Arch. für Ohrenh.*, Bd. 34 h. 1 u 2, 1892).

Stetter. Polypöse Wucherungen im äusseren Gehörgang, bedingt durch ein Sarkom der Schädelbasis (végétations polypoides du conduit auditif externe, produites par un sarcome de la base du crâne). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 1 u 2, 1892).

C. Lemcke. Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg Schwerin, ihre Ursachen und ihre Verhütung. Eine statistischotologische Studie (La surdi mutité dans le grand duché de Mecklembourg Schwerin; ses causes et sa prophylaxie. Etude statistique et otologique). (Leipzig, 1892).

A. Bing. Zur Lehre von der Kopfknochenleitung (contribution à l'étude de la conductibilité crânienne). (*Wiener med. Blätter*, nos 31 et 32, 1892).

J. Reinhold. Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhoe mit Natrium tetraboricum neutrale Jaenicke (traitement de l'otorrhée chronique par le tétraborate de soude neutre de Jaenicke. (*Allg. wiener med.*). Zeit, 25 octobre et 1^{er} novembre 1892).

J. Habermann. Zur Kenntnis der Otitis interna (contribution à l'étude de l'otite interne). (*Zeits. f. Heilkunde*, 1892).

J. Veith. Beiträge zur Casuistik der traumatischen Trommelfellrupturen (contribution à la casuistique des ruptures traumatiques du tympan). (In-8° 23 pages, J. Lehmann, éditeur, München, 1892).

Bezold. Une série continuel de sons comme moyen d'examen de l'ouïe. (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 38, 1892).

Cohnstädt. Contribution à l'étude de la tuberculose du labyrinthe (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 5, 1892).

Stetter. Contribution à l'étude du traitement opératoire de la surdité due à des troubles dans l'appareil transmetteur des sons. (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, n° 8, 1892).

Urbantschitsch. Ueber die Wechselbeziehungen beider Gehörorgane zu einander (sur les rapports d'échange entre les deux organes auditifs). (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 11 novembre; in *Prager med. Woch.*, 16 novembre 1892).

R. Heinz. Die Anwendungsgebiete des Dermatols (des modes d'emploi du dermatol). (*Berlin klin. Wochenschr.*, 21 novembre 1892).

M. Flesch. Zur Ätiologie der Ohren-eiterung in frühesten Kindesalter (sur l'étiologie des suppurations de l'oreille dans la première enfance). (*Berlin klin. Wochenschr.*, 28 novembre 1892).

J. Gruber. Bericht über die in der k. k. wiener Universitäts-klinik für Ohrenkranken des Prof. Dr J. Gruber im Jahre 1890, ambulatorisch behandelten Kranken (rapport sur les malades traités en 1890 à la consultation externe pour les affections de l'oreille de l'Université I. R. de Vienne, dirigée par le Prof. Gruber). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, juin et juillet 1892).

Herzog. Einige Fälle letaler Folgeerkrankungen bei Otitis media purulenta (quelques cas d'affections de l'oreille à issue mortelle consécutives à l'otite moyenne purulente). (*Dissert. inaug.*, Halle A.S. 1892).

Tsakyroglous. Aus meiner Praxis ätiologische Momente der Ohrenkrankheiten (quelques observations tirées de ma pratique otologique). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, juillet 1892).

Haug. De la périchondrite tuberculeuse du pavillon de l'oreille. (*Arch. für klin. Chir.* p. 235, t. XLIII).

Werner. Scarlatine et organe de l'ouïe (*Dissert. inaug.*, Würzburg, 1892).

H. Dennert. Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung (valeur de la quantité du son pour l'épreuve de l'ouïe). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 3, 1892).

Ostmann. Die Würdigung des Fettpolsters der lateralen Tubenwand, Ein Beitrag zur Frage der Autophonie. (L'évaluation du pannicule graisseux de la paroi tubaire latérale. Contribution à l'étude de l'autophonie). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 3, 1892).

L. Jankau. Zur Differentialdiagnose der Mittelohr und Labyrinth Erkrankungen (diagnostic différentiel des affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 3, 1892).

L. Katz. Ueber eine Methode, makroskopische Präparate des Gehörorgans durchsichtig zu machen (méthode permettant de rendre transparentes les préparations macroscopiques de l'organe de l'ouïe). (*Arch. für Ohrenheilk.* Bd. 34, H. 3, 1892).

Wagenhäuser. Labyrinthbefund eines Falles von Taubheit bei Leukämie (état du labyrinthe dans un cas de surdité provenant de leucémie). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 4, 1892).

F. Rohrer. Weitere Versuche über die antimykotische Wirkung von Anilinfarbstoffen (nouvelles recherches sur l'action antimycotique des couleurs d'aniline). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 3, 1892).

Sandmann. Erwiderung auf die Besprechung des Herrn Dr Panse betreffend die Tafel des menschlichen Gehörorgans (réponse à la critique du Dr Panse concernant l'atlas de l'organe de l'ouïe chez l'homme). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 3, 1892).

E. Berthold, F. Bezold, Blau, K. Bürkner, J. Gad, G. Gradenigo, J. Habermann, O. Hertwig, H. Hessler, J. Kessel, W. Kiesselbach, W. Kirchner, A. Kuhn, A. Magnus, W. Meyer, W. Moldenhauer, S. Moss, H. Mygind, H. Schwartz, H. Steinbrügge, F. Trautmann, V. Urbantschitsch, G. J. Wagenhäuser, H. Walb et Zuckerkandl. Handbuch der Ohrenheilkunde (manuel d'otologie), publié sous la direction de H. Schwartz, (2 vol. in-8° d'environ 50 feuilles, F. C. W. Vogel, éditeur, Leipzig, 1892 et 1893).

C. Ziem. Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterungen (traitement des abcès paraauriculaires et des suppurations aiguës de l'oreille moyenne). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, octobre 1892).

J. Müller. Ueber Labyrinthschwindel (vertige labyrinthique). (*Wiener med. Club.*, 7 décembre; in *Prager med. Woch.* 14 décembre 1892).

G. Gradenigo. Ein neues Modell eines osteo tympanalen Hörmessers (un nouveau modèle d'acoumètre ostéo-tympanique). (*Zeits. für Ohrenheilk.*, 1892).

Siebenmann. Die Radicaloperation des Cholesteatoms mittelst Anlegung breiter permanenter Oeffnungen gleichzeitig gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region (l'opération radicale du cholestéatome au moyen d'une large ouverture permanente établie consécutivement du côté du conduit auditif et de la région rétro-auriculaire). (*Berlin klin. Wochens.*, 2 janvier 1893).

T. Heiman. Fünf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen (Cinq cas d'abcès cérébraux otitiques avec une courte description des abcès cérébraux otitiques en général). (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. XLIII, 1892).

J. Boeke. Ueber die syphilitischen Affectionen des Gehörorgans. (affections syphilitiques de l'organe de l'ouïe). (*Allg. wiener med. Zeit.*, 10 janvier 1893).

B. Gomperz. Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen (sur le développement et l'état actuel de la question de l'excision de la membrane du tympan et des osselets). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, etc., décembre 1892 janvier, février, avril, mai, juillet, août et septembre 1893).

A. Hartmann. Skioptikon-Demonstrationen von Präparaten des Ohres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand (Démonstration au moyen du skioptikon de préparations de l'oreille, du sinus frontal, de l'antre d'Highmore et de la cloison nasale). (*Berlin med. Gesells.*, 14 décembre 1892; in *Berlin klin. Wochens.*, 16 janvier 1893).

F. Kretschmann. Traitement consécutif de la trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Volkmann Sammlung klin. Vorträge*, 1892).

G. Gradenigo. Ueber einen Fall von wahrscheinlicher Neuritis des Nervus acusticus nach Influenza (sur un cas de névrite probable du nerf auditif consécutive à l'influenza). (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 et 31 janvier 1893).

Töeplitz. Un cas de nécrose primitive du labyrinthe avec paralysie faciale. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, h. 3 u 4, 1892).

Apfelstedt. Contribution à l'étude casuistique du développement anormal de l'oreille externe. (*Inaug. Dissert.*, Iéna, 1892).

Barnick. Examen de l'œil dans l'otite moyenne purulente. (*Inaug. Dissert.*, Halle 1892).

A. Barth. Rapport sur les travaux et sur les progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique ainsi que de la physiologie de l'organe de l'ouïe et de la cavité naso-pharyngienne dans la première moitié de 1892. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, 3 H. u 4, 1892).

Bezold. Communications sur la série continue des sons, particulièrement sur la limite physiologique supérieure et inférieure du son. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. 3 u 4, 1892).

G. Gradenigo. I. Sur la diplacousie monauriculaire. II. Sur les signes cliniques de l'affection du nerf auditif. III. Un nouveau modèle d'instrument pour mesurer les sons ostéo-tympaniques. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, h. 3 u 4, 1892).

A. Hartmann. Rapport sur les travaux et sur les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'organe de l'ouïe dans la première moitié de 1892. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. 3 u 4, 1892).

Hechelmann. Corps étranger ayant séjourné 20 ans dans l'oreille. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. 3 u 4, 1892).

Koerner. Propagation des affections de la caisse du tympan au crâne, par le canal carotidien. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. 3 u 4, 1892).

Kosegarten. Affections de l'oreille dans l'influenza. (*Zeits. f. Ohrenh.* Bd. 3 u 4, 1892).

H. Mygind. Absence totale unilatérale du labyrinthe, occasionnée par une otite scarlatineuse interne. (*Zeits. f. Ohrenh.*, h. 3 u 4, 1892).

Spalding. I. Quelques remarques sur l'emploi du styrene dans les otites moyennes suppurées chroniques, spécialement dans la perforation de la membrane de Shrapnell. II. Corps étranger ayant séjourné 24 ans dans le conduit auditif externe, sans influencer l'ouïe. (*Zeits. f. Ohrenh.*, h. 3 u 4, 1892).

Swain. Sur la production des ampoules dans l'oreille externe. (*Zeits. f. Ohrenh.*, h. 3 u 4, 1892).

von Wild et Koerner. La percussion de l'apophyse mastoïde et, un nouveau cas de carie diabétique de cette apophyse. (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, h. 3 u 4, 1892).

Teleky. Bourdonnements d'oreille. (*K. K. Gesells der Aerzte in Wien.*, 3 février; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 14 février 1893).

R. Haug. De la périchondrite tuberculeuse du pavillon de l'oreille. (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.*, T. XLII, p. 235).

A. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde für practische Aerzte und Studirende (traité d'otologie à l'usage des praticiens et des étudiants. (3^e édition entièrement remaniée avec 331 figures dans le texte, F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1893).

R. Dreyfuss. Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Mittelohres und des Trommelfells des Menschen und der Säugethiere (contribution à l'histoire du développement de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan chez l'homme et chez les mammifères). (*Morphol. Arb. von Schwalbe*, Bd. 2, H. 3, G. Fischer, éditeur, Léna, 1893).

Ostmann. Ueber das Abhängigkeits Verhältniss der Form des äusseren Gehörgangs von der Schädelform (sur les rapports de dépendance de la forme du conduit auditif externe de la forme du crâne). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, mars 1893).

Bruckmann. Sur les inflammations de l'oreille moyenne consécutive au traitement des affections du nez. (*Dissert. inaug.*, Göttingue, 1892).

Grützner. Quelques nouvelles recherches sur la physiologie du nerf acoustique et son appareil terminal. (*Deutsche med. Wochens.*, n° 6, 1893).

Schröder. Recherches sur le système vasculaire de l'oreille interne. (*Dissert. inaug.* Iéna, 1892).

Wegeler. Sur un cas d'abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente chronique. (*Dissert. inaug.*, Bonn, 1892).

C. Grunert. Das otitische Cholesteatom (le cholestéatome otitique). *Berlin klin. Wochens.*, 3 avril 1893).

S. Szenes. Balneotherapeutische Behandlung der Ohraffectionen (traitement balnéothérapique des affections de l'oreille) (*Congress des balneol. ver. der Länder der Stefanskrona*; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 4 avril 1893).

J. Pollack. Ueber galvanischen Schwindel und seine Beziehungen zur Function des Vestibularapparates (du vertige galvanique et de ses rapports avec la fonction de l'appareil vestibulaire). (*Physiol. Clubs zu Wien*, 21 mars; in *Wien. klin. Wochens.*, 13 avril 1893).

G. Krepuska. Ueber einen Fall von primärer Geschwulst des Nervus acusticus (un cas de tumeur primitive du nerf acoustique). (*Königl. Gesells der Aerzte in Budapest*, 8 avril; *Prager med. Wochens.*, 19 avril 1893).

Zaufal. Malades porteurs d'affections de l'oreille. (*Verein deuts. Aerzte in Prag.*, 21 avril; in *Prager med. Woch.*, 3 mai 1893).

Treitel. Ueber das Gehör alter Leute (L'ouïe chez les vieillards). (*Arch. für Ohrenheilk.*, 1893).

K. Bürkner. Bericht über die in den beiden Etatsjahren 1890-91 und 1891-92 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle (rapport sur les affections observées pendant les années scolaires 1890-91 et 1891-92 à la Policlinique pour les maladies de l'oreille de Göttingue). (*Arch. für Ohrenheilk.*, B1. 34, 4 mai 1893).

R. Panse. Stackes Operations methode zur Freilegung der mittel-lohr Räume, während des ersten lahres ihrer Anwendung in der Ohrenklinik zu Halle a/S von 14 Januar 1891 bis 14 Januar 1892 (opération de Stracke pour la découverte des cavités de l'oreille moyenne pendant la première année de son emploi à la clinique otologique de Halle a/S du 14 janvier 1891 au 14 janvier 1892). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, h. 4, mai 1893).

G. Gradenigo. I. Missbildungen der Ohrmuschel (malformations du pavillon de l'oreille) II. Ueber einen Fall von partiellen Mangel des Ohrläppchens (Un cas d'absence partielle du lobule de l'oreille). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, H. 4, mai 1892).

E. Vali. Untersuchungen an Verbrechern über die Morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel (recherches sur les modifications morphologiques du pavillon de l'oreille chez les criminels). (*Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. 34, h. 4, mai 1893).

E. Herczel. Ein operirter Fall von Thrombophlebitis sinus transversi et venae jugularis internae (Un cas opéré de thrombophlébite du sinus transverse et de la veine jugulaire interne). (*Kön. Gesells. der Aerzte Budapest*, 6 mai; in *Prager med. Woch.*, 17 mai 1893).

Henoch. Noma de l'oreille externe et de l'oreille moyenne. (*Charité Annalen*, T. XVII, p. 456).

Bloch. L'ouïe bi-auriculaire. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. XXVI, H. 1 u 2).

Moos. Sur la valeur diagnostique de la percussion de l'apophyse mastoïde. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. XXIV, H. 1 u 2).

H. Mygind. Description sommaire des os temporaux des sourds-muets appartenant au musée de l'Université de Copenhague. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. XXIV, h. 1 u 2).

Schmiegelow. Rapports casuistiques sur la pathologie de l'apophyse mastoïde. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. XXIV, H. 1 u 2).

Steinbrügge. Sur la dépression de la membrane de Reissner. (*Zeits. für Ohrenheilk.*, Bd. 24, H. 1 u 2).

M. Kirchner. Ein Fall schnell tödtlich verlaufender eiteriger Meningitis nach Otitis media (Un cas de méningite suppurée rapidement mortelle consécutive à une otite moyenne). (*Berlin klin. Wochensch.*, 5 juin 1893).

Virchow. Ueber Exostosen des Meatus auditorius externus (Exostoses du méat auditif externe). (*Berl. med. Gesells.*, 17 mai; in *Berl. klin. Wochensch.*, 26 juin 1893).

Eulenstein. Ueber pyämische Metastasen bei acuten Erkrankungen im Schläfenbein (Métastases pyémiques dans les affections aiguës du temporal). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, juin 1893).

S. Szenes. Bericht über die zweite Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 19-21 mai 1893 (Compte rendu de la 2^e réunion de la Société allemande d'otologie à Francfort s.-M. du 19 au 21 mai 1893). (*Monatschr. für Ohrenheilk.*, juin, juillet 1893).

Denker. Kurzer Vortrag über Anatomie und Physiologie des Mittelohres beim Pferd mit Demonstration einiger Knochen Corrosion Präparate (Courte communication sur l'anatomie et physiologie de l'oreille moyenne chez le cheval avec démonstration de quelques préparations osseuses corrodées). (2^e réunion des otologistes allemands - in *Arch. für Ohrenheilk.*, juillet 1893).

Vohsen. Demonstration von Metallcorrosions Präparaten des Felsenbeins nach Siebenmann (démonstrations de quelques préparations du rocher faites d'après la méthode de corrosion métallique de Siebenmann). (2^e réunion des otol. all., in *Monatschr. für Ohrenheilk.*, juin 1893).

NOUVELLES

Nous lisons dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, que le professeur ADAM POLITZER vient d'être nommé professeur ordinaire d'otologie à l'Université de Vienne. C'est la première fois que l'ordinariat est accordé à l'enseignement de l'otologie, et l'honneur n'en est que plus grand pour l'illustre

savant qui en est l'objet. Nous sommes heureux d'annoncer cette nouvelle aux lecteurs des *Annales* ; le célèbre professeur est un des plus anciens collaborateurs de notre journal, et nous pouvons ajouter qu'il est un de nos amis les plus chers. Par la même décision ministérielle le professeur extraordinaire GRUBER est nommé professeur ordinaire d'otologie et le professeur extraordinaire STÖRK, professeur ordinaire de laryngologie et de rhinologie.

XI. CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A ROME

SECTION DE LARYNGOLOGIE

Président : MASSEI. — *Présidents honoraires* : FRAENKEL, SCHMIDT CHIARI, SEMON, GOUQUENHEIM, MOURE, RUAAULT, SCHMIEGELOW, BOTÉY-SAJOUS, LOWMANN, HERYNG, SOKOLOWSKI, ONODI. — *Secrétaire responsable* : NUVOI. — *Secrétaires* : EGIDI, TRIFILETTI. KARIS, FLATAU, BRONNER, ST-CLAIR THOMSON, RAUGÉ, ROQUER Y CASADESUS.

SECTION D'OTOLOGIE

Président : E. DE ROSSI. — *Présidents honoraires* : COLLADON, GELLÉ, MOOS, POLATZER. — *Secrétaire responsable* : FERRERI. — *Secrétaires* : DUNDAS GRANT, LUDEWIG, GARNALT, SARTORI.

Liste des communications.

SECTION DE LARYNGOLOGIE

1. FRAENKEL et CHIARI : Pachydermie laryngienne. 2. CHIARI : Structure et caractère des fibrômes des cordes vocales. 3. DAMIENO : Nouvelle contribution à la pachydermie laryngienne. 4. MASUCCI : Kératose des cordes vocales. 5. BRAUN : Massage vibratoire de la muqueuse des voies aériennes supérieures. 6. DIONISIO : Nouvelle méthode de vibration de la muqueuse nasale. 7. LAKER : Points principaux de l'étude du massage de la muqueuse interne. 8. BOTÉY : Des paralysies syphilitiques du larynx. 9. BOTÉY : De la syphilis héréditaire tardive du larynx. 10. DAMIENO : Coïncidence de la syphilis et de la tuberculose du larynx. 11. CARTAZ : Tuberculose des amygdales. 12. MARCEL : De la strangulation des amygdales. 13. GAREL : De l'ictus laryngé. 14. GRAZZI : Contribution à l'étude du spasme glottique. 15. SCHMIEGELOW : Intubation du larynx chez l'adulte. 16. MOURE : Parallèle entre l'électrolyse et les autres traitements chirurgicaux dans le traitement des déviations et crêtes du septum osseux et cartilagineux du nez. 17. SOKOLOWSKI : Laryngite hypertrophique. 18. CASSI : Forme pharyngo-laryngée de la tuberculose miliaire aiguë. 19. BRAUN et GARNALT : Massage vibratoire. 20. FLATAU : Ventriiloquie. 21. BOTÉY : Traitement des déviations verticales de la cloison nasale sans épaississement. 22. HERYNG et GOUQUENHEIM : Indications et moyens de traitement local de la tuberculose laryngée. 23. TRIFILETTI : Effets curatifs du phénol sulfuriciné dans la tuberculose laryngée. 24. EGIDI : Trachéotomie dans la tuberculose. 25. FLATAU : Traitement des fissures du voile du palais. 26. FASANO : Erysipèle du larynx. 27. HERYNG : Preuves expérimentales du traitement local des affections pulmonaires par les injections trachéales. 28. BRONNER : Injections intrachéales dans le traitement des maladies du larynx, de la trachée et des bronches. 29. ROUSSEL : Perforation de la membrane crico-thyroïdienne. 30. COZZOLINO : Sur l'ozène.

30 TREITEL : Présentation du miroir démontable et stérilisable de Killian. 31. MONTELUCCI : Pulvérisateur économique. 32. ONODI. Recherches expérimentales sur l'innervation du larynx. Présentation d'un fantôme et de coupes nasales, etc.

SECTION D'OTOLOGIE

1. MOOS : Trombose otitique du sinus latéral. 2. MOURE : Abscès cérébral latent consécutif à une otite moyenne suppurée. 3. SUNEYD MOLIST : Diagnostic et traitement des méningites locales consécutives aux affections purulentes de l'oreille. 4. KIRCHNER : Communications pathologiques : 1° Nécrose mastoldienne. 2° Nécrose du limaçon 3° Gymnastique du tympan. 5. REINHARD : Traitement du cholestéatome. 6. LOCKHART GIBSON : Notes sur une forme d'affection de l'oreille moyenne associée aux végétations adénoïdes et apparaissant dans quelques cas de surdi-mutité. 7. GRADENIGO : Les affections auriculaires dans la syphilis héréditaire. 8. EGIDI : Otite moyenne purulente chronique et paralysie faciale. 9. GELLÉ : Du massif osseux du facial et de ses lésions. 10. POLITZER : Etudes anatomiques sur une nouvelle forme de maladie de l'oreille. 11. MOOS : Démonstrations anatomo-pathologiques du labyrinthe. 12. SZENES. Valeur thérapeutique de l'alumol, de l'europhène, de l'antiseptine et de la diphthérie dans les suppurations de l'oreille. 13. GRAZZI : Signaux acoustiques sur les chemins de fer. 14. CORRADI : Influence de l'asymétrie crânienne sur l'épreuve de Weber, etc.

SECTION D'ANATOMIE

SPOIALA : Etude sur les sinus frontaux.

SECTION DE PHYSIOLOGIE

CAPOBIANCO : Effets de la thyroïdectomie chez les animaux. FANRO : Contribution à l'étude de la fonction du corps thyroïde. FANO et MASINI : Effets des lésions de l'organe auditif. GALLEIANI : Contribution à l'étude de la physiologie de la glande thyroïde. GLEY : Sur les fonctions thyroïdiennes. R. EWALD : Oûie des animaux sans labyrinthe.

SECTION DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CRISTIANI : Recherches sur le corps thyroïde. MONTANDON : Altérations histologiques de la glande thyroïde. NOCHETTI : Transplantation de la glande thyroïde.

SECTION DE PÉDIATRIE

SZILLAI : Traitement du croup. SQUIRE : Relation entre le rachitisme et le spasme glottique chez l'enfant. Nosologie du croup et de la diphthérie. MONCORVO : Traitement topique de la coqueluche. KASSOWITZ : Relations du rachitisme avec le spasme glottique. CAILLÉ : Prophylaxie du croup et de la diphthérie consécutifs à la tonsillotomie. ESCHERICH : Pathogénie de la diphthérie. RITTER : Etiologie et traitement de la diphthérie. JOSIAS : Traitement de la diphthérie par le phénol sulfuriciné. FREIGAS Y FREIGAS : Importance du traitement local de la diphthérie pharyngée. REHN : Crétinisme sporadique chez l'enfant et résultat de

son traitement par l'extrait thyroïdien. SARRA : Traitement local de la diphtérie par le violet de méthyle. PESA. Signe de Westphal dans la diphtérie. EGIDI : Contribution à la statistique de l'intubation et de la trachéotomie dans le croup. Croup chronique. MASSUCCI : Tétanie et laryngospasme chez les enfants. Quelques considérations sur la contagion diphtéritique dans les écoles. CUOMO : Croup et pseudo-croup. CHAUMIER : Tumeurs adénoïdes du pharynx chez les enfants. HEUBNER : Traitement de la diphtérie par le sérum de Behring. KAY : Traitement de la diphtérie pharyngée chez les enfants.

SECTION DE CHIRURGIE

ATKINSON : Restauration du nez, des fosses nasales, de la voûte palatine et du voile du palais. DE MARIA : Nouvel instrument simple pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif externe et des fosses nasales. KOCHER : Etude sur la glande thyroïde. HERCZEL : Une nouvelle méthode de rhinoplastie. ARCANGELI : Deux cas de tumeurs thyroïdiennes.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

HALLOPEAU et JEANSELME : Contributions à l'étude des suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales.

Le prochain Congrès des Sciences médicales se tiendra en 1896, soit à St-Petersbourg, soit à Moscou, le choix de la ville sera fait par le gouvernement russe.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE
DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 6 avril :

BONNIER : De l'orientation auditive. MOURA : Sur le humage. Présentation d'un instrument, le *bocabiline*. CHATELLIER : Suppuration de l'attique (période aiguë). MÉNIÈRE : Sarcôme ossifiant du conduit auditif et des cellules ethmoïdales chez un enfant de 8 ans.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Session de 1894

Sous la présidence de M. le docteur CARTAZ

Ordre du jour des séances

LUNDI SOIR 30 AVRIL, 8 HEURES, RUE DES POITEVINS

Election d'un Vice-Président et du Secrétaire annuel;
Comptes rendus du Secrétaire général et du Trésorier;

Nomination de Commissions pour les candidatures de Membres titulaires et de Membres correspondants étrangers;

Traitement des polypes muqueux du nez.

Lecture et discussion du rapport de MM. les docteurs DELIE (d'Ypres), WAGNIER de Lille).

MARDI MATIN, 9 HEURES

Traitement des suppurations mastoïdiennes.

Lecture et discussion du rapport de MM. les docteurs LUBET-BARBON (de Paris), A. MARTIN (de Paris).

Communications diverses

Dr POYET (de Paris) : Du surmenage vocal. Dr GAREL (de Lyon) : Malformation congénitale du voile du palais. Dr MOURE (de Bordeaux) : Quelques troubles de la voix chez la femme. Dr CARTAZ (de Paris) : Deux cas de surdité hystérique. Dr CASTEX (de Paris) : Neurasthénie laryngée. Dr MIOT (de Paris) : Epistaxis grave; guérison. Dr WAGNIER (de Lille) : Nouveaux cas de pharyngo-mycose traités par l'acide chromique. Dr LACOMARRET (de Toulouse) : Un cas de tumeur de la cloison des fosses nasales. Dr CADIER (de Paris) : De la tuberculose laryngée primitive, acquise par cohabitation. Dr LAVRAND (de Lille) : Déformation de la face et obstruction des voies respiratoires supérieures. Dr MOURE (de Bordeaux) : Empyème du sinus frontal; trépanation; guérison. Dr CASTEX (de Paris) : Sur deux cas de rhinosclérome. Dr MIOT (de Paris) : Quelques remarques sur la mobilisation de l'étrier. Dr LANNOIS (de Lyon). Nécrose et séquestre du labyrinthe. Dr THOMAS (de Marseille) : Traitement de la labyrinthite. Dr SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers) : Un cas de mort par le bromure d'éthyle. Dr RAUG  (de Challes) : Traitement de l'ozène. Dr LABIT (de Tours) : Trois cas de maladie de Menière traités par les injections hypodermiques de pylonecarpine. Dr COMBE (de Paris) : Contribution à l'étude des catarrhes du sinus maxillaire. Dr MOURE (de Bordeaux) : Corps étrangers du sinus maxillaire. Dr SENDZIAK (de Varsovie) : Contribution à l'étude des tumeurs naso-pharyngiennes. Dr BONNIN (de Brest) : Résultats de l'intubation du larynx par la méthode de O'Dwyer. Dr SUAREZ DE MENDOZA : Traitement de la sténose nasale. Dr BEAUSOLEIL (de Bordeaux) : Sur un cas de laryngoc le. Dr CASTEX (de Paris) : Fissures des narines. Drs LEMOINE et LANNOIS (de Lyon) : Anatomie pathologique des polypes du pharynx buccal. Drs MOURE et SABRAG S (de Bordeaux) : Sur un point de la bactériologie des fosses nasales. Dr JOAL (du Mont-Dore) : Réflexes amygdaliens.

Présentation d'instruments et de malades.

Drs SUAREZ DE MENDOZA, LANNOIS, CASTEX.

Nous lisons dans le *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso* :

Les membres de la *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* présents à Rome au moment du Congrès International de médecine se sont réunis le 3 avril dernier. Selon les statuts, la seconde session de la Société aurait dû se tenir à Rome en octobre prochain, mais vu le peu de temps qui séparerait cette réunion du dernier con-

grès, il a été décidé, à l'unanimité, de remettre à l'année prochaine la réunion de la Société qui se tiendra à *Florence vers la fin de septembre 1895, en même temps que le V^e Congrès international d'otologie.*

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Atlas clinique de laryngologie et rhinologie avec appendice consacré au diagnostic et au traitement des maladies du larynx et de la trachée) par J. SCHNITZLER, M. HAJEK et A. SCHNITZLER. (VI^e livraison contenant 32 figures en 4 planches chromolithographiques et 11 gravures dans le texte, prix 4 mks, W. Braumüller, éditeur, Vienne 1894).

I. De l'empyème du sinus sphénoïdal. II. Un cas d'angiokératome de la corde vocale, par E. J. MOURE. (Broch. de 23 pages, O. Doin, éditeur, Paris 1894).

Rhinologie, otologie et laryngologie à Vienne, par M. LERMOYEZ. (Un vol. de 539 pages, avec reliure souple, G. Carré, éditeur, Paris 1894).

Bulletins de la Société de laryngologie de Londres.

De l'éclairage des cavités de la face, par M. A. COURT TUCKER. (Broch. de 48 pages, F. Steinheil, éditeur, Paris, 1894).

Hygiène de la voix parlée et chantée, par A. CASTEX. (Petit in-8° de l'Encyclopédie des Aide-Mémoire, prix 2 fr. 50, G. Masson, éditeur, Paris, 1894).

Ueber otitische Pyämie ohne Sinus Phlebitis (Pyémie otitique sans phlébite des sinus), par SCHWABACH (tirage à part de la *Deutsche med. Wochens.*, n° 11, 1894).

Note sur le défaut d'indépendance des mouvements de la langue et sur la fréquence des stigmates physiques de dégénérescence chez les sourds-muets, par Ch. FÉRÉ (Extraits des comptes rendus des séances de la *Société de biologie*, 16 février 1894).

Sarcôme de l'amygdale chez un malade d'89 ans. Opération. Guérison, par CLINTON WAGNER (Extrait du *N. Y. med. record.*, 3 février 1894).

21^e rapport annuel sur le *Metropolitan Throat Hospital* pour le traitement des affections du nez, de la gorge et de l'oreille (New-York, 1894).

Traitement de la pharyngite folliculaire avec rapport sur 20 cas opérés au moyen de la curette pharyngienne, par E. MAYER (Extrait du *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports*, janvier 1894).

Etude sur un cas de spasme de la glotte d'origine hystérique, par S. LUMBAU (Broch. de 32 pages, Sassari, 1894).

Ueber die Perception höher und tiefer Töne bei Affectionen des Labyrinthes und des Nervus acusticus (sur la perception des sons bas et élevés dans les affections du labyrinthe et du nerf acoustique, par F. ROHRER (tirage à part de la *Wiener med. Woch.* n°s 8-18, 1894).

Memento annuaire de la médecine et de la pharmacie, 1893-94 (Paris 1894).

Policlinique de Toulouse. Maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles. Service du Dr LACOURRET. Statistique pour l'année 1893 par L. SIMONIN (supplément au n° 2 des *Annales de la policlinique*, 1894).

De l'extraction des osselets dans l'otorrhée, par E. J. MOURE (Broch. de 12 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1894).

Contribution à l'étude clinico-histologique des néoplasies des cornets et du septum nasal, par V. COZZOLINO (Extrait de l'*Archivio. ital. di otol. rin. e lar.*, avril 1894).

XVI^e compte rendu annuel du *Presbyterian Eye, Ear, and Throat Charity Hospital.*, (Baltimore, 1894).

Du cholestéatome de l'oreille, par LICHTWITZ et J. SABRAZÈS (tirage à part du *Bull. méd.* n° 25, 1894).

Le Gérant : G. MASSON.

